



www.dlibra.wum.edu.pl

WARSZAWSKIE
CZASOPISMO LEKARSKIE

W Y D A W A N E

przez R. STANKIEWICZA i W. KNAPPEGO

pod redakcją Z. SREBRNEGO

R O C Z N I K V.

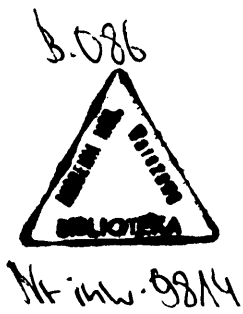
WARSZAWA

—

1928



www.dlibra.wum.edu.pl



Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich, Warszawa, Zielna 47, Telefon 19-57.



SPIS RZECZY.

	Str.		Str.
I. PRACE ORYGINALNE.		C. Z klinik, szpitali i pracowni.	
A. Rozprawy.		H. STRAUSS, Spostrzeżenia kliniczne nad rozszerzeniem przełyku na tle kurczu wpustu.	4
Rafał BECKER. Korrelacja zjawisk fizycznych i psychicznych w nozologii i patologii.	515	L. BARANOWSKI. Dwa przypadki gruźliczego zakażenia noworodków podczas obrzezania.	5
B. Wykłady kliniczne.		Mieczysław GOLDMAN senior. Przyczynę do sposobu powstawania i leczenia dychawicy oskrzelowej.	37
E. HERMAN. Zagadnienie snu w świetle fizjologii i patologii.	1, 33	Józef HANDELSMAN. Znaczenie badania uwagi w schizofrenji.	74
W. CZARNOCKI. Patologia układu siateczkowo-śródbłonkowego.	69, 101	J. FLIEDERBAUM i M. GROBLAT. Badania nad chlorkami treści żołądkowej u chorych z obrzękami	77
B. KARBOWSKI. Kiła wrodzona spóźniona ucha wewnętrznego w świetle nowszych badań.	135, 167	Edward FLATAU. O leczeniu zapalenia surowiczego opon mózgowych promieniami Roertgena i płynami hipertonicznymi.	107
Ludwik JUSTMAN. O pograniczu chirurgiczno-internistycznym w gastrologji.	199	Tadeusz KASZUBSKI. O leczeniu żyłaków kończyn dolnych.	139
Zygmunt SREBRNY. O ropówkach okołoprzełykowych i innych następstwach mechanicznego obrażenia przełyku.	221, 243	Henryk ADELFANG. O leczeniu wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy promieniami Roentgena.	170
A. LANDAU, B. JOCHWEDS, R. PEKIELIS. O klinicznym stosowaniu bronchografji	265, 287	I. ITELSON. Ocena kliniczna odczynu Wassermanna.	171
Aleksander FRYSZMAN. Leczenie fizykalne guzów pęcherza.	309, 331	L. E. BREGMAN i K. PONCZ. O powikłaniach mózgowych po odrze.	202, 225
Leon PRUSSAK. O leczeniu zimnicą bezwładu postępującego.	355, 377	M. OKOLSKA i I. SASKI. Sprawozdanie z badań szczepionką B. G. G.	247
P. CHEVALLIER. Czy kiła jest uleczalna?	409	B. KARBOWSKI. Uwagi w sprawie techniki wprowadzania płynów kontrastowych do oskrzeli.	269
Z. BYCHOWSKI. Zagadnienia współczesnej organoterapii.	431, 455	Paweł BAUMRITTER. Przyczynę do leczenia krzywicy ergosteryną naświetlaną.	290
H. BROKMAN. Współczesne metody zwalczania płonicy.	475	M. SAIDMAN. Przepłukiwanie jamy szpikowej kości jako sposób leczenia ostrego i podostrego zapalenia szpiku kostnego.	311
J. van BREMEN. Orientacja kliniczno-fizjologiczna w rozpoznawaniu i leczeniu przewlekłych schorzeń gośćcowych.	495	Piotr DEMANT. Dalsze badania nad zachowaniem się cukru we krwi po blokadzie układu siateczkowo-śródbłonkowego.	334
J. PRZEDBORSKI. O porodowych urazach wewnątrzczaszkowych u noworodka.	518	Stefan KRAMSZYK. O wodach mineralnych naturalnych i sztucznych i o żelazie aktywnem.	357, 379
Paweł CHEVALLIER. Ostre schorzenie gruczołów chłonnych o przebiegu łagodnym. Ostre zapalenie gruczołów chłonnych charakteru łagodne go z umiarkowaną hiperleukocytozą i wybitną mononukleozą.	547	D. SZENKIER. Przypadek wrodzonego uchyłka pęcherza moczowego.	385
I. DWORECKI. O posocznicach paciorkowcowych.	567, 587, 607	Jakób Konrad SZPILMAN. O technice szwu otrzewnowego przy operacji usunięcia wyrostka robaczkowego.	386
J. M. BARCINSKI. Nieoperacyjne metody leczenia nowotworów złośliwych.	637, 657	S. GOLDFLAM. O znaczeniu odruchu Rossolimo.	388
H. STRAUSS. O patogenezie bólu we wrzodzie żołądka i dwunastnicy.	677	A. ZAMENHOF i M. PŁONSKIE. Przypadek przerzutu gruczolako-raka do naczyniówki oka.	411
Zygmunt SREBRNY. O tracheotomji nagłej i o rurkach tracheotomijnych.	697, 719	Józef LUXENBURG. Próba poronnego leczenia duru brzuszno-go przesączami B e s e r d k i	434
A. W. KAPŁAN. Uwagi nad przebiegiem i leczeniem kiły narządu krążenia w związku z przypadkiem kiły tętnicy głównej u człowieka młodego.	739	Jakób Konrad SZPILMAN. Nowy instrument do zdejmowania klamerek Michela.	438
Witold ZAWADOWSKI. O rozwoju radjodjagnostyki i niektórych jej nowszych zdobyczach.	759, 781	A. LANDAU, J. GLAS, J. HELD i J. BAUER. Studja nad leukocytozą i leukopenją. Doniesienie III-e. O wpływie podskórnego i śródskórnego wprowadzania mleka na zachowanie się leukocytów u człowieka.	460, 478
M. ERLICHOWNA i A. FESTENSZTADT. O odrębnych postaciach zapalenia gruźliczego opon mózgowo-rdzeniowych.	801	Roman MARKUSZEWICZ. Szczególny objaw w organicznych zaburzeniach pamięci.	498, 523
Anastazy LANDAU i Jerzy GLAS. O niedomykalności za-tawek półksiężycowych aorty pochodzenia wsierdziowego i naczyniowego (choroba Corrigan a i Hodgson a). Studium kliniczne. 861, 885, 905		Piotr DEMANT. Zachowanie się wapnia i potasu we krwi pod wpływem blokady układu siateczkowo-śródbłonkowego.	522
Edward FLATAU. O epidemji zapalenia rozsianego układu nerwowego w Polsce (1928 r.) i o stosunku tego zapalenia do t. zw. śpiączki (encephalitis lethargica), do powikłań nerwowych w niektórych chorobach infekcyjnych i do ostrych przypadków stwardnienia wieloogniskowego.	929, 953, 981	R. STANKIEWICZ i J. WISZNIEWSKI. Leczenie dystrofji za pomocą dużych dawek cukru.	549, 570
		H. BROKMAN. Epidemja choroby zakaźnej, spostrzeżanej wśród dzieci najmłodszych, o charakterystycznym obrazie klinicznym.	591
		Józef STEIN. O guzkach wrzekomgruźliczych otrzewny.	609
		Alfred PIOTR WSKI. Kilka słów w sprawie wypadków samochodowych.	611

	Str.
Leon BARANOWSKI. O wpływie dołędźwiowych wstrzykiwań starej tuberkuliny na przebieg gruźliczego zapalenia opon mózgowych.	640
L. HIRSZFELD. Grupy krwi w patologii.	661, 678
G. GELMAN. Badania serodjagnostyczne na kiłą według metody Wassermanna i Meinickego (M-T-R „Meinicke Trübungs Reaktion“).	700
Aniela JĘDRZEJOWSKA i Zofja KOŁODZIEJSKA. Kilka uwag co do sposobu oznaczania cukru we krwi mikrometodą Hagedorna i Jensena.	722
J. FLIEDERBAUM i L. KRASUCKA. O synergetycznym działaniu moczopędnem związków rtęci i amonu.	742
Józef HANDELSMAN. Próby leczenia schizofrenii metodą Walbuma.	763
Józef KERSZMAN. W sprawie obustronnych obwodowych zwężeń pola widzenia pochodzenia nosowego.	786
L. TONENBERG. O rektopexji sposobem Ekehorn a w przypadkach wypadania odbytnicy.	803
Zdzisław ŚWIDER. W sprawie ujednostajnienia mianownictwa dotyczącego grup krwi.	866
P. RAJMAN. Leczenie żylaków zastrzykiwaniami dożylnymi.	890
Zofja KOŁODZIEJSKA i Artur LEJWA. O witaminie C w szpinaku.	911
Z. ŚWIDER i N. PRYŁUCKI. Wole całkowite ukryte w klatce piersiowej, jako przyczyna ciężkiej niedrożności przełyku (<i>struma intrathoracica s. occulto</i>).	934

D. Z praktyki prywatnej.

Makymiljan BIRO. W sprawie działania tlenu węgla na odruchy ścięgnowe.	42
S. FRANK. O leczeniu guzów krwawniczych sposobem Bensaudea.	111
Z. BYCHOWSKI. Niezwykłe zaburzenia w dziedzinie ruchu po nagminnym zapaleniu mózgu.	142
Z. BYCHOWSKI. W sprawie psychoterapii osobników mało inteligentnych.	553
Jakób PUTERMAN. Przypadek dziedziczno-rodzinnego obustronnego porażenia mózgowego.	615
B. RUBINSTEIN. Przypadek anginy septycznej wyleczonej dożylnym zastrzyknięciem surowicy przeciw paciorkowcowej.	702
G. BYCHOWSKI. O postaciach monosymptomatycznych stwardnienia rozsianego w początkowych okresach cierpienia.	959

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

a) Streszczenia zbiorowe.

Józef TYPOGRAF. O hormonie jajnikowym.	6
Zdzisław ŚWIDER. O stosowaniu wstrzykiwań śródskórnych dla celów rozpoznawczych i leczniczych.	43, 79
Z. SZYMANOWSKI. W sprawie etjologii płonicy.	114
Władysław STERLING. Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologii seksualnej.	144, 205, 227, 249, 271
Mieczysław FEJGIN. Fizjologia i patologia oddychania w świetle nowszych badań fizyczno-chemicznych.	173
M. PŁOŃSKI. O współczesnych badaniach nad nowotworami.	292, 314
Aleksander ZAWADZKI. Promienica wątroby i pęcherzyka żółciowego.	337
J. TENCER. O współczesnych sposobach leczenia nieżyty cuchnącego nosa.	360
Henryk HIGIER. Jajo, owulacja i ciąża a stosunek ich do hormonów jajnika i przysadki. Wczesne rozpoznanie biologiczne ciąży z krwi i moczu.	389
B. GOLDSTEIN. Leczenie zachowawcze wrzodu żołądka i dwunajki.	413, 438
B. KONOPACKA. O przeszczepianiu ścięgien żywych i martwych.	463
Stefan KRAMSZYK. Współczesny stan naki o środkach odżywczych.	482, 502

	Str.
Stefan MILLER i J. KONORSKI. Działalność kory mózgowej w świetle teorii Pawłowa.	528, 555, 575, 595
D. TARKOWSKA. O leczeniu niedokrewności złośliwej zapomocą wątroby.	617
Władysław MATECKI. Zagadnienia konstytucji psychofizycznej.	642, 663, 682
Józef TYPOGRAF. O hormonie sercowym.	703, 724
Natalja ZANDOWA. Splot naczyniasty.	745
B. GOLDSTEIN. O niezżytach pospolitych jelita grubego.	766, 789
Rafał BECKER. Praca jako środek leczniczy w chorobach psychicznych.	805
Józef NUSBAUM. O ostrych i przewlekłych zapaleniach trzustki.	870, 891
J. TENCER. O rzadszych postaciach zapalenia gardła (<i>angina lymphoidea et agranulocytotica</i>).	913
Henryk RASOLT. O roli układu siateczkowo-śródbłonkowego w powstawaniu zapalenia wsierdza.	937
M. PROKOPOWICZ - WIERZBOWSKA. Poglądy na sprawę szpecień przeciwgruźliczych metodą Calmettea.	963, 986

b) Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

1. Zagadnienia ogólne.

Medizinische Praxis. Sammlung für aerztliche Fortbildung.	146
Edmund MALINOWSKI. Dziedziczność i zmienność.	176
Warszawski Kalendarz Lekarski na rok 1928.	176
J. MEHRING. Podręcznik chorób wewnętrznych wydany przez L. Krehla.	177
Edmund LEYBERG, chemik Kasy Chorych w Łodzi. Technika badań klinicznych	208
Der Sport in Wissenschaft und Praxis.	209
Prof. Herman ALTROCK. Kleine Sportkunde.	209
R. MUHSAM. Was kann und wann muss der praktische Arzt operieren?	274
GOŁOWIEW. W sprawie konstytucji rakowatej.	274
Major Dr. Wł. MISSIURO i Dr. B. ZAWADZKI. Psychotechnika w lotnictwie.	363
L. R. GROTE. Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen	939

2. Anatomja normalna i patologiczna.

A. BOCHENEK i St. CIECHANOWSKI. „Anatomja człowieka“.	47
A. FRIEDEL. Anatomja. T. I. Nauka o kościach i stawach.	620

3. Histologia i Embrjologia.

Ernest SEHRT. Histologie und Chemie der Lipide der weissen Blutzellen und Ihre Beziehung zur Oxydasereaktion, sowie über den Stand der modernen Histologie der Zellipide.	11
LENARTOWICZ A. W. W sprawie istnienia podstawowego splotu nerwowego serca (na zasadzie badań nad przegrodą przedsionków u Rana temporaria).	147
NAGEOTTE. O sztucznym skrzepie substancji klejodrodnej.	874

4. Fizjologia normalna i patologiczna.

J. VANDORFY. Badania nad okresem międzytrawieniem wydzielania żołądkowego u człowieka.	12
J. VANDORFY. Studja nad międzytrawieniem okresem wydzielania żołądkowego u człowieka.	12
J. KISS. O zmianach zawartości wody we krwi osobników zdrowych oraz chorych na cierpienia wątroby lub przysadki mózgowej, na podstawie określenia suchej substancji krwi.	12

	Str.		Str.
T. STENSTROM. Spadek ilości cukru we krwi po próbie czynnościowej wątroby z cukrem gro- nowym.	12	A. SCHITTENHELM i B. EISLER. O działaniu tyro- ksyny w zaburzeniach wewnątrzwydzielniczych.	179
S. RUSZNIK. Badania nad ilością krwi u człowie- ka w warunkach normalnych i chorobowych.	12	A. RIZZOLO. O wpływie nikotyny na pobudliwość kory mózgowej.	179
K. GERNER. O aktywującym działaniu surowicy krwi ludzkiej na sok żołądkowy.	12	F. BERTRAM. O mechanizmie działania syntaliny.	230
PALLADIN i FERDMAN. O wpływie treningu na za- wartość kreatyny w mięśniach.	178	A. MOSCHINI. O przemianie materji zwierząt, lecz- nych syntaliną.	230
SIEBERT. W sprawie powstawania w pracującym mięśniu substancji przyspieszających wzrost.	178	LANGHECKER. O substancji czynnej glukhormentu.	231
UIBERALL i URBACH. O czynności jajników w okre- sie przekwitania.	178	HELAERS. O wpływie lobeliny i hexetonu na oddy- chanie zatrutego morfiną królika.	318
G. VIALE. O utracie energetycznej ustroju ludzkiego podczas pracy naczno lub po jedzeniu.	295	CONDORETTI. Insulina, fitochinina a czynnik A. (Funka).	318
G. VIALE. Utrata energetyczna pracy ludzkiej pod- czas małych i dużych wysiłków.	295	F. de PAULA PERUCHE. Mechanizm działania adre- nality podczas napadu astmatycznego.	318
DEICKE. Badania nad znaczeniem układu siateczkowo- śródbłonkowego dla przemiany wodnej ustroju.	295	F. GORDONOFF. O Somnacetynie.	485
F. LANGE. O czynności koryta krwi w nadcisnieniu.	295	W. DULIERE. O zachowaniu się współczynnika od- dechowego i przemiany materji pod wpływem efedryny.	485
SCHAEER. O lipazie sliny.	295	H. MORETTI. O działaniu ergotaminy obniżającym poziom cukru.	485
M. STOSS. O klinicznym znaczeniu początkowego wahania komorowego w elektrokardjogramie i o jego stosunku do konstytucji ustroju.	363	GORDONOFF i DAUM. O działaniu farmakologicz- nem <i>convallaria maialis</i> .	485
MANGOLD. O odwracalnym porażeniu cieplnym ssaków.	363	D. MICHAIL i P. VANCEA. O wpływie wyciągów z gruczołów łzowych na ciśnienie krwi.	486
P. BONEM i K. EGGERT. Przyczynę do fizjologii patologicznej wydzielania soku żołądkowego.	363	F. RATHERY, J. MILLOT i KOURILSKY. Badania nad zmianami histologicznymi zależnymi od sto- sowania syntaliny.	577
A. MAKSIMOW. Związek między komórkami krwi a tkanką łączną i śródbłonkiem.	530	L. BINET i M. KAPLAN. O wpływie wstrzykiwań adrenality na liczbę płytek krwi.	577
RIGLER i TEEMANN. O substancji warunkującej auto- matyzm serca.	531	DOLENCOURT. O wpływie podawania różnych soli wapniowych na poziom wapnia we krwi.	578
J. La BARRE. O hiperinsulinemji w związku z wstrzy- kiwaniami wyciągów tylnego płata przysadki.	532	A. ADAM. Czy witamina przeciwkrzywicowa tranu jest naswietlaną ergosteryną.	623
R. GRAILLY, A. LACHAPELE i Ch. WANGERMEZ. O opróżnianiu się pęcherzyka żółciowego po spożyciu tłuszczów.	620	TRUSLER, FISCHER i RICHARDSON. Zmiany che- miczne krwi w zatruciu chlorkiem rtęci.	686
J. GARZILA i J. DANICICO. O trawieniu tłuszczu i białka po rezeckji żołądka.	620	OLENSTEDT i ALDRICH. Kwasica w zatruciu sali- cylanem metylu.	686
R. GAYET i M. GUILLAUME. O regulacji poziomu cukru we krwi u psów cukrzyczych po prze- szczepianiu różnych ilości tkanki trzustkowej.	621	P. DAVIS, D. AYMAN. O podjęzykowym wchłanianiu leków. Morfina.	687
CHAHOVITCH, ARNOVLEJITCH i VICHNJITCH. O znaczeniu nadnerczy dla termoregulacji.	621	E. COELBO i J. OLIVERA. O wpływie ergotaminy na wydzielanie żołądkowe.	792
J. BERNARDBEIGH i P. SENDRAIL. O wpływie usu- nięcia tarczycy na wodochłonność tkanek.	621	D. SIMICI i J. MARCON. Badania farmakologiczne nad moczopędnym działaniem mocznika.	792
Ch. RICHEL syn. O utracie wagi, wywołanej odży- waniem dostatecznym z punktu widzenia kalory- cznego, lecz zawierającym zbyt mało białka.	646	Hildiny EKERFORS. O wpływie salwarsanu na liczbę ciałek białych i płytek krwi	808
Victor PAPILIAN i Stefan JANIU. O wpływie układu nerwów roślinnych na układ śródbłonkowo- siateczkowy.	646		
K. BECKMANN. Wątroba a przemiana mineralna.	769		
SALOMOM. O wydzielaniu cholesteryny przez jelita.	769		
L. HOSOL, W. C. ALWAREZ i F. C. MANU. O wchłanianiu pokarmów przez jelita.	770		
K. IMHAUSER. O zawartości plazmalogenu w surowicy ludzkiej.	965		
MERLE SCOTTE i WHITAKER. O czynności wyda- lającej pęcherzyka żółciowego.	965		
4a. Chemja fizjologiczna.			
FLEURY i AMBERT. Rozkład częściowy chlorków metali alkalicznych podczas spalania ciał orga- nicznych, zawierających azot.	940		
A. LESURE i A. DUNEZ. Ilościowe oznaczanie siarki we krwi i w ciałach organicznych.	940		
Albert LEUBIER, Leon VELLUZ i Henri GRIFFON. O mikrometodzie ilościowego oznaczania potasu pod postacią kobałtoazotanu.	941		
M. A. GRIGAUT. Od cholesteryny do kwasów żół- ciowych.	941		
5. Farmakologja kliniczna i doświadczalna.			
A. ELKELES. Studja nad wydzielaniem żołądka w uspieniu chloralozowem.	116		
HORNUNG. Syntalina a uszkodzenie wątroby.	116		
STAHNKE. Badania nad działaniem ergotaminy.	116		
HAFFNER. Badania farmakologiczne nad toksyną,	179		
		A. SCHITTENHELM i B. EISLER. O działaniu tyro- ksyny w zaburzeniach wewnątrzwydzielniczych.	179
		A. RIZZOLO. O wpływie nikotyny na pobudliwość kory mózgowej.	179
		F. BERTRAM. O mechanizmie działania syntaliny.	230
		A. MOSCHINI. O przemianie materji zwierząt, lecz- nych syntaliną.	230
		LANGHECKER. O substancji czynnej glukhormentu.	231
		HELAERS. O wpływie lobeliny i hexetonu na oddy- chanie zatrutego morfiną królika.	318
		CONDORETTI. Insulina, fitochinina a czynnik A. (Funka).	318
		F. de PAULA PERUCHE. Mechanizm działania adre- nality podczas napadu astmatycznego.	318
		F. GORDONOFF. O Somnacetynie.	485
		W. DULIERE. O zachowaniu się współczynnika od- dechowego i przemiany materji pod wpływem efedryny.	485
		H. MORETTI. O działaniu ergotaminy obniżającym poziom cukru.	485
		GORDONOFF i DAUM. O działaniu farmakologicz- nem <i>convallaria maialis</i> .	485
		D. MICHAIL i P. VANCEA. O wpływie wyciągów z gruczołów łzowych na ciśnienie krwi.	486
		F. RATHERY, J. MILLOT i KOURILSKY. Badania nad zmianami histologicznymi zależnymi od sto- sowania syntaliny.	577
		L. BINET i M. KAPLAN. O wpływie wstrzykiwań adrenality na liczbę płytek krwi.	577
		DOLENCOURT. O wpływie podawania różnych soli wapniowych na poziom wapnia we krwi.	578
		A. ADAM. Czy witamina przeciwkrzywicowa tranu jest naswietlaną ergosteryną.	623
		TRUSLER, FISCHER i RICHARDSON. Zmiany che- miczne krwi w zatruciu chlorkiem rtęci.	686
		OLENSTEDT i ALDRICH. Kwasica w zatruciu sali- cylanem metylu.	686
		P. DAVIS, D. AYMAN. O podjęzykowym wchłanianiu leków. Morfina.	687
		E. COELBO i J. OLIVERA. O wpływie ergotaminy na wydzielanie żołądkowe.	792
		D. SIMICI i J. MARCON. Badania farmakologiczne nad moczopędnym działaniem mocznika.	792
		Hildiny EKERFORS. O wpływie salwarsanu na liczbę ciałek białych i płytek krwi	808
		6. Biologia.	
		E. i H. BIANCANI. Cholesteryna, witaminy a pro- mienie pozafijołkowe.	522
		W. HEUPKE. Prosta metoda barwienia różniczkowego tłuszczów obojętnych i rozszczepionych w pre- paracie mikroskopowym.	252
		KELLER. Badania nad przemianą materji tkankową w ustroju zakażonym grzlicą.	317
		MEZERNICKY. O mechanizmie działania kąpieli sło- necznych.	317
		LIPMAN i VOLKER. Przyczynę do zagadnienia o wpły- wie promieni pozafijołkowych na przemianę materji.	392
		J. E. GONCE i K. KASOWITZ. Działanie promieni pozafijołkowych na własności bakterjobjęzce krewi.	392
		ENGELHARDT i BRAUNSTEIN. Rozpad węglowo- danowy a kwas fosforowy we krwi.	392
		W. KELLER. Parallergerja i jej znaczenie kliniczne.	392
		A. FISCHER i H. LASER. O szybkości wzrostu tkank normalnych i nowotworowych.	465
		MENDEL. O wrażliwości komórki rakowej na ciepło.	465
		LENARD i KONIG. O zawartości izoaglutynin w soku tkankowym oraz o ich znaczeniu w przeszczepianiu tkanek.	465
		M. DUFOR. Statystyka i obliczanie prawdopodobień- stwa w biologji i medycynie.	645
		St. WEISS i S. SUMEGI. Równowaga kwaso-zasado- wa a odporność osmotyczna czerwonych ciałek krewi.	686
		BREM, ZEILER i HAMMACH. O znaczeniu postu u dających krew do transfuzji.	686
		MACHT, ANDERSON i BELL. O przenikaniu pro- mieni pozafijołkowych do tkanek zwierzęcych.	686

WOHLGEMUTH, O wpływie hormonów na chemizm komórek.	Str.
HETCH, SCHLOSSBERGER, WICHMANN. Badania doświadczalne nad określeniem tuberkuliny.	770

7. Patologia kliniczna i doświadczalna.

J. La BARRE. O istnieniu insulinemji fizjologicznej.	12
I. La BARRE. O powiększeniu się zawartości insuliny krwi żyły trzustkowej po podrażnieniu n. błędnego.	12
E. ZUNZ i J. La BARRE. O powiększeniu się zawartości insuliny krwi żyły trzustkowej po hyperglikemji wywołanej zastrzyknięciem glukozy.	12
KEPINOW i LEDEBT-PETIT DUTAILLIS. O szybkim znikaniu we krwi krążącej insuliny wprowadzonej drogą dożylną.	13
J. NITZESCU. O wpływie alkoholu na poziom cukru we krwi.	48
VIALE i BRUNO. O stanie krwi w niedomodze nadnerczy.	48
G. KATSCH i E. METZ. O wykazaniu kwasu homogenyzyzowanego w surowicy krwi w alkaptonurji.	48
KUMAGAI i NAMBA. Dalsze badania nad hemoglobinurją napadową.	48
NAMBA. W sprawie uroerytrynurji napadowej.	48
BAER. Badania kliniczno-doświadczalne nad przesunięciem koloidów w surowicy.	178
M. LABBÉ i AZERAD. Obrzęki i zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej.	178
JADASSOHN i SULZBERGER. Odczyn pokrzywkowy a układ nerwów przywspółczulnych.	178
BAAGDE. Badania nad pokrewnymi odczynami skórnymi i nad wrażliwością mnogą skóry u astmatyków.	178
S. RUSZNYAK. Badania nad ogólną ilością krwi u człowieka w warunkach normalnych i chorobowych.	393
W. MOBITZ. O określeniu objętości rzutowej serca (Herzschlagvolumen) u człowieka za pomocą wdechania pary jodku etylu. Klinicznie wyrównane zmiany serca i naczyń i rozpoczynająca się dekompensacja krwiobiegu, bez zmian płucnych.	393
F. LANGE. O czynności koryta krwi w miażdżycy.	393
O. SCHERL. Zawartość bilirubiny we krwi i tkankach.	393
P. MARTINI i J. SEKELL. O zamieraniu serca ludzkiego.	393
G. L. LERMAN. Przyczynki doświadczalnie - morfologiczne do zagadnienia o t. zw. „błokadzie” układu siateczkowo-śródbłonkowego.	393
S. LEITES i A. RIABOW. Rola U. S. S. w przemianie żelaza.	393
HIRSCH - HOFFMANN. Wpływ ciał współczulnych i przywspółczulnych na wzrost guzów złośliwych.	484
P. FLEISCHMAN. O szkodliwym działaniu bardzo małych dawek rtęci.	484
H. WASTL. O różnicach w działaniu adrenaliny, zależnych od płci.	484
UMBER i ROSENBERG. O żółtacze zlokalizowanej.	484
KNIPPING. Wyniki badania gazowej przemiany materji.	576
KAMSTER. O badaniu czynnościowym układu roślinnego.	577
GLASES. Układ roślinny, hypercholesterynemja i ateroskleroza.	577
JUNG i AUGER. O mechanizmie śmierci po i zeniknięciu powietrza do żył.	621
L. BLUM i P. GRABER. O zaburzeniach wydzielania nerkowego wskutek braku w ustroju soli kuchennej.	622
BLUM, GRABER i WEILL. O wpływie mineralizacji ustroju na ciśnienie osmotyczne białka krwi i stosunek albumin do globulin.	622
GUIBERT. Zachowanie się tkanki łącznej podskórnej w przebiegu zapalenia doświadczalnego.	646
P. SPEHL i A. LEMORT. O wpływie podskórnych wstrzykiwań tlenu na stan nasycenia tlenem krwi tętniczej.	646
M. LABBÉ, P. VIOLLE i GILBERT-DREYFUS. Badania nad zachowaniem się hydremji w moczówce prostej,	646

EICHHOLZ i KREITMAR. O zmniejszeniu odporności wskutek braku witaminy D.	Str.
H. LAWACZEK. O zawartości kwasu heksozofosforowego we krwi w ustroju normalnym i chorobym i o jego określeniu	647
K. BECKMAN i T. MIRSALIS. O zawartości kwasu mlekowego we krwi po zastrzykiwaniach kw. mlekowego do doświadczalnych uszkodzeń wątroby	667
W. C. STONER. O karotinemji.	667
H. LAWACZEK. O zachowaniu się kwasu heksozofosforowego krwi w ustroju normalnym wobec adrenaliny.	726
H. LAWACZEK. O zachowaniu się kwasu heksozofosforowego krwi w ustroju normalnym wobec insuliny.	726
K. CHACHOVITCH i V. ARNOVLEJEVITCH. O wpływie splenektomji na szybkość opadania krwinek.	726
H. BAUER i G. LOEWE. O działaniu tyroksyny syntetycznej u człowieka z normalną tarczycą.	726
E. CHABROL i M. MAXIMIN. Badania nad zawartością soli żółciowych we krwi.	770
MINOT, MURPHY i STETSON. Oddziaływanie retikulocytów na leczenie wątroby.	770

8. Bakterjologia i Serologia.

Feliks PRZESMYCKI. Zarys bakterjologii praktycznej.	82
FRANKEL i FAMARI. Dalsze badania nad zmianą własności antygennych pod wpływem bodźców fizykalnych.	82
DUJARIC de la RIVIERE i N. KOSSOVITCH. W sprawie grup krwi u gruźlików i rakowatych.	82
KLIEWE i NAGEL. O rozmieszczeniu grup krwi wśród ludności Oberhessen.	83
L. HIRSZFELD. Konstitutionsserologie und Blutgruppenforschung.	209
J. SMITH. Dalsze badania nad klasyfikacją serologiczną paciorkowców hemolizujących.	274
GRIFFITH Fred. Typy paciorkowców i ich stosunek do płonicy	274
KIRKBRIDE M. i WHEELER M. Nosiciele hemolizujących paciorkowców i ich stosunek do szerzenia się płonicy.	374
SMITH J. Aglutynacja paciorkowców hemolizujących przez surowicę chorych na płonicę.	274
SURANYI i FORRO. O obecności we krwi paciorkowców, zwłaszcza w goście wielostawowym.	417
P. COURMONT i H. GARDÉRE. O właściwościach bakterjobójczych surowicy gruźlików w stosunku do prątków Kocha.	418

9. Medycyna Społeczna, Higiena, Epidemiologia i Statystyka.

Alkohollogja — praca zbiorowa wydana przez Towarzystwo „Trzeźwość” pod redakcją prof. R. Radziwiłłowicza.	13
Dr. DASZYŃSKA - GOLIŃSKA, prof. W. W. Polskiej. Zagadnienia Polityki Populacyjnej.	14
F. KULBS. O szkodliwościach palenia tytoniu.	177
Dr. Józef KOWALCZEWSKI. Stan mieszań służyby folwarcznej w świetle liczb na terenie b. Królestwa kongresowego.	230
D. ROSENBERG. Podręcznik gimnastyki.	417
ZIMMERMANN. O przepuszczalności różnych gatunków szkła dla promieni pozafioletkowych.	417
Ośrodki Zdrowia w Polsce pod redakcją d-ra M. Kacprzaka.	532
Rozporządzenia i okólniki w sprawach higieny szkolnej i wychowania fizycznego za lata 1918 — 1928.	578
Dr. M. KACPRZAK. Zdrowie w chacie wiejskiej.	916
FRIEDBERGER. W sprawie higieny życia codziennego.	916
F. KOHLER. O zagadnieniu hartowania.	917

10. Djagnostyka.

Ludwik PINCUSSEN. Mikromethodik.	82
LENOIR i BRODIN. Punkt okołopępkowy prawy i jego	

znaczenie w cierpieniach odźwiernika i dwunastnicy.	
SAVIGNAC i MARSCHAL. <i>Plexalgia iliaca sinistra.</i>	
CREYX i FOURNIER. O wysłuchiwanu płuc na trupach ze sztucznie wywołanemi zmianami płucnemi.	443
11. Lecznictwo.	
KOLLE. O postanowieniach drugiej międzynarodowej konferencji higienicznej w Genewie w sprawie salwarsanu i jego pochodnych.	14
K. ZIELER. O działaniu szkodliwym ubocznym salwarsanu.	14
MUHLFORDT. O sposobie unikania powikłań salwarsanowych bez zmniejszenia potrzebnej dawki leczniczej.	14
Dr. Jan ZAORSKI. Podręcznik mięsienia leczniczego.	15
E. JACOBS. O jodowo - arsenowo - naświetlaniu leczenia nowotworów.	84
KAHN i WIRTH. Przyczynek do leczenia nowotworów nie nadających się do operacji.	84
F. NAGELSCHMIDT. Lecznicze stosowanie prądów szybkozmiennych.	147
W. ARNOLDI. Kuracja postna i dni głodowe.	147
BOHME. O powikłaniach posaprowitanowych.	147
DREYFUS i HANAU. Uwagi w sprawie powikłań po saprowitanu.	148
MATTHES. Doświadczalne i biologiczne podstawy leczenia białkowego.	209
T. HAFFNER. O istocie leczenia nieswoistego.	210
G. SCHWARZ. Proteinoterapia w chorobach kobiecych i położnictwie.	210
F. KLEWITZ. Klinika proteinoterapii.	210
BIRCH - HIRSCHFELD. Proteinoterapia w chorobach oczu.	210
W. SCHOLTZ. Proteinoterapia w chorobach skóry i wenerycznych.	210
STOELZNER. Proteinoterapia w chorobach dzieci.	210
T. SCHIFF. O wartości praktycznej określania grup krwi.	252
LANDSTEINER. W sprawie badania grup krwi przy transfuzji.	252
P. CLAIRMONT i R. v. d. VELDEN, P. WOLFF. Die Bekämpfung des Blutverlustes durch Transfusion und Gefäßfüllung.	275
W. BECK. O lekach zastępujących adrenalinę.	275
M. MECKLENBURG. O działaniu leczniczych dawek arsenu na przemianę materji.	275
W. FALTA. O kuracji tuczającej.	339
KEETON i NELSON. O leczeniu nudności, zawrotów głowy i stanów pokrewnych.	339
BOOTHBY i HAINES. O leczeniu tlenem.	340
R. STAHL. O leczeniu posocznicy ostrej i przewlekłej.	340
A. KORANYI. Zakres i sposoby leczniczego oddziaływania na gospodarkę mineralną.	394
G. MEYER. Przyczynek do chemoterapii raka.	394
F. R. MENAGH. O etjologii i wynikach leczenia angioneurotycznych pokrzywek i obrzęków.	394
SHAW. O zatokach żylnych ciał jamistych prącia jako ewentualnem miejscu do przelewań krwi.	394
LIEBEN. O salirganie.	465
R. KLEIN. O nieszkodliwości i doskonałej skuteczności salirganu.	466
M. R. GUTTMANN. O leczeniu ostrego zatrucia kokainą.	466
Prof. dr. Fritz RABE. Richtlinien diätetischer Therapie.	533
A. FURSTENBERG i E. HOFFSTAEDT. O stosowaniu parafiny i ambryny w termoterapii.	533
J. T. PEARCY i D. B. HAYDN. O działaniu azotynu sodowego w chorobie morskiej.	534
LICHTENSTEIN. Leczenie kurczów przepony.	597
M. LEFFKOWITZ. Novonal, jako środek nasenny.	597
M. B. GORDON. O jankaniu wywołanem leczeniem przetworami tarczycy.	597
W. VIERHUFF. W sprawie leczenia hexophanem.	647
H. BUSHMANN. O leczeniu krzywicy i spazmofilji za pomocą substancyj uczynionych promieniami pozafioletowemi z szczególnem uwzględnieniem Vigantolu.	647
W. CAHN. O stosowaniu salirganu w praktyce ambulatoryjnej.	808

P. A. WADE. O leczeniu wstrząsu zapomocą insuliny i cukru gronowego.	808
STORM van LEEVEN. O znaczeniu kamery bezallergenowej dla rozpoznawania i leczenia chorób alergicznych.	809
O. SAINTON i P. VÉRAN. O tyroksynie syntetycznej. Schwefeltherapie von GORDONOFF, MEYERBISCH, P. UNNA jr.	809
F. SEGERATH i R. HOFER. O leczeniu za pomocą gorączki sztucznie wywołanej.	941
SAVIGNY. Pożyteczność i zbędność bólu.	941

12. Znieczulanie.

SZMIDT. Znieczulanie gazem rozwesalającym.	15
KALINA. Badania doświadczalne i kliniczne w sprawie znieczulania oliwą eterową przez obdbytnicę.	14
JACOB. Znieczulanie małemi dawkami eteru przez obdbytnicę do operacji twarzy.	15
EICHHOLTZ. Znieczulanie przez obdbytnicę przetworem E. 107 — Tribrometylalkohol.	15
HAAS. Usypianie przez obdbytnicę za pomoca E. 107.	15
LOBENHOFER. O uspieniu przetworem E. 107.	15
B. SIEVERS. O uspieniu awertynowem u dzieci. Narkose und Anaesthesie.	180
A. LINDEMANN. Nowe drogi znieczulania szczęk i twarzy.	231
H. KILLIAN. Dotychczasowe wyniki usypiania awertynowego.	231
H. FRANKEN. Działanie fizjologiczne doprowadzonego kwasu węglowego i jego znaczenie dla usypiania i leczenia wraz z opisem aparatu.	231
ROSENTHAL i BOURNE. Działanie środków znieczulających na czynność wątroby.	466
BOSHAMER. Badania nad wpływem uspienia eterowego na czynność wątroby.	466
K. W. NEY. Wpływ wziezań znieczulających na ciśnienie wewnątrzczaszkowe.	941
O. WINTERSTEIN. Znieczulanie lędźwiowe przy pomocy S. F. 147.	941
H. HIRSCH. Porody w znieczuleniu paracerwikalnem.	941
I. F. GWATMEY. Znieczulanie podczas porodu.	942

13. Choroby zakaźne.

DEICHER. Etjologia i klinika płonicy.	83
MAUTNER. W sprawie pierwotnie-toksycznego oddziaływania jadu płonicznego.	83
DEGWITZ. O zarzaku odry.	83
MERZEBOWSKI. O krwotocznych postaciach duru brzuszego.	84
FURST i KLOTZ. O udparnianiu drogą doustną.	231
P. MEHIOTTI, A. FARJOT. O leczeniu duru brzuszego zapomocą dustnego stosowania szczepionki.	231
MOROZKIN. W sprawie autohemoterapii (AHT) w chorobach zakaźnych.	232
E. HARTMANN. O zachowaniu się płytek krwi w durze brzuszynm.	295
GERLACH. Przypadek późnego ropnia po mastitis typhosa.	296
A. ELKELES i F. NEIMANN. III doniesienie. Dalsze badania nad zaburzeniami przemiany węglowodanowej w błonicy.	296
Dr. J. BOGDANOWICZ i Doc. Dr. Wł. SZENAJCH. Badania nad płonica.	364
A. KLETETSCHKA i F. LUKSCH. Półpasiec a ospa wietrzna.	364
FELDT. O leczeniu trądu złotem. Zarazem przyczynek do zasadniczego zagadnienia w dziedzinie chemoterapii.	394
G. WALDBOTT. O profilaktyce błonicy u dzieci astmatycznych.	395
EMELJANOW. Leczenie zimnicy mieszaną chininy z jodem.	395
P. ALISSOF i MORSZKIN. O leczeniu duru brzuszego doustnem stosowaniem szczepionek.	486
WAHLIG. Badania nad zawartością mocznika we krwi — w płonicy i anginie.	486
A. P. BRAUNSTEIN. O klinice t. zw. <i>Exanthema subitum</i> .	486

RAESCHKE. Zapalenie szpiku kostnego kości łonowej po odrze.	486	HEMMERLING i SCHLEUSSING. Białaczka a gruźlica.	687
JURGENS. O profilaktyce duru brzuszego.	727	W. LINDIG. Przyczynek do klinicznego odrębnego oceniania jam o łagodnym przebiegu.	687
W. SCHLIEPS. Odżywianie a płonica.	727	GEKLER i WEIGEL. O leczeniu wypoczynkowym w gruźlicy płuc.	687
A. SANDELS. Badania nad zmianami, zachodzącymi w obojętnochłonnej ziarnistości w przebiegu chorób zakaźnych.	727	P. MULLER i QUINCKE. Badania nad przemianą materji w gruźlicy.	809
H. MOMMSEN. O wpływie leczenia płonicy surowicą na zmianę ziarnistości obojętnochłonnej; przyczynek do istoty działania surowicy.	727	A. FRISCH i K. EISELSBERG. Studja nad tuberkuliną.	809
J. E. GORDON, B. B. BERNBAUM i J. C. SHEFFIELD. Surowice ozdrowieńców i antytoksyczne w płonicy.	894	M. NASTA i M. CATRAP. O wpływie wielokrotnych wstrzykiwań tuberkuliny na króliki uodpornione prątkami BCG.	809
FRIEDEMANN i DEICHER. Leczenie płonicy surowicą.	894	H. FERNBACH i G. HERZGER. Wrażliwość na tuberkulinę i buljon.	809
E. B. SHAW i H. E. THELANDER. O domięśniowym stosowaniu surowicy ozdrowieńców w leczeniu choroby He in e-M e d i n a.	894	G. DEMAHN i H. FERNBACH. W sprawie wrażliwości na buljon z gliceryną.	810
14. Gruźlica.		15. Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.	
B. KALLABIS. Grupy krwi a gruźlica.	15	H. SCHLESINGER. Zmiany podniebienia miękkiego, jako pomocniczy środek rozpoznawczy.	49
K. STETTER. O zachowaniu się odczynu opadania krwinek po prowokacyjnych zastrzykaniach tuberkuliny.	15	WERNER SCHULTZ. O nowych postaciach anginy.	49
F. HAESE. Gruźlica płuc i cykl miesięczkowy.	16	A. MALHERBE. Patogeneza nieżyty zanikowego cuchnącego nosa.	49
E. GMELIN. Demineralizacja a gruźlica.	16	TARNEAUD. Doniosłość doszukiwania się kiły w przypadkach przewlekłego ropienia z ucha.	49
P. WICHMAN. O wpływie t. zw. djety Gersona na gruźlicę skóry.	16	ARDOUIN. Biopsja w oto-rzyna-laryngologii.	49
GIEGLER. Przyczynek do wartości badania przemiany gazowej dla oceny klinicznej gruźlicy płuc.	116	G. JUNG. Obustronne symetryczne rozmiękczenie kości skroniowej, wyrostka sutkowego oraz prawie całej kości skalistej.	148
R. AHLENSTIEL. Przemiana podstawowa a czynna postać sprawy gruźliczej w płucach.	117	N. A. PAUTOW. Zachowawcze operacje na przegrodzie.	148
SCHLAPPER i KIRCHNER. Przemiana cukrowa i tużenie insulinią w gruźlicy.	117	S. KOMPANEJEC. O mechanizmie pobudzania narządu kamyczkowego.	148
EMIL LESCHKE. Leczenie gruźlicy triphalem.	117	A. SEIFFERT. Przyrząd do utrzymania elektroskopu.	148
HARRY SCHOLZ. Sanokryzyna w leczeniu gruźlicy.	117	M. SLOBODNIK. Tętnienie i przeświecanie opuszki żyły jarzmowej przez nieuszkodzoną błonę bębenkową z uwzględnieniem własnych przypadków	148
A. BAUMEISTER. Nowe poglądy na sposób powstawania przewlekłej gruźlicy płuc.	180	F. D. DÉMÉTRIADÉS i E. A. SPIEGEL. W kwestji znaczenia mózdzku w powstawaniu oczopląsu samoistnego.	148
H. ASSMANN. O ogniskach podobojczykowych w początkowych okresach gruźlicy.	180	STEINMANN. O leczeniu biologicznem raka krtani.	210
MULLER i QUINCKE. Gruźlica a przemiana chloru.	296	E. ESCAT. O wylewach krwawych pod śluzówką strun głosowych powstających wskutek wysiłku głosowego.	210
P. MULLER. O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą bezsolnej djety i podawaniem mineralogenu.	296	REBATTU i MONNIER-KUHN. Odmiany błony bębenkowej w otosklerozie.	211
P. MULLER i H. QUINCKE. Badania nad przemianą materji w gruźlicy.	296	L. BALDENWECK i D. DE PRADES. Stosowanie radiografji kości skalistej w badaniu zespołu Gradenigo.	211
P. MULLER i ANTHES. II doniesienie. Gruźlica a moderatory krwi.	296	C. VEIT. W sprawie rozpoznania obrzękowego zapalenia zatoki szczękowej.	318
Dr. Seweryn STERLING. Tezy walki z gruźlicą.	364	B. GROSSMANN. O chrząstniakach krtani.	318
Lydia RABINOWITSCH-KEMPNER. O przenoszeniu gruźlicy przez zarazek przeczalny.	365	E. SAAREST. Stosowanie sanokryzyny w gruźlicy krtani.	319
H. WOLD. Badania doświadczalne nad sprawą zakażenia wtórnego w gruźlicy uleczonej.	365	VACHER i DENIS. Przypadek woła wewnątrzczcha-wicznego.	486
DOBROMYLSKI. W sprawie przyczyn i częstości krwotoków śmiertelnych w przebiegu gruźlicy płuc.	365	J. TERRACOL. Oczopląs a układ współczulny szyjny.	487
CALMETTE et GUERIN. Okres limfatyczny zakażenia gruźliczego u bydła.	505	DUTHEILLET du LAMOTHE. Wyniki częściowej operacji doszczętej w czterech przypadkach.	487
GUERIN. Notatka o zapobieganiu gruźlicy bydłej za pomocą BCG.	505	H. MILET. Znieczulanie miejscowe wyrostka sutkowego a porażenie przejściowe nerwu twarowego.	487
GUERIN. Uwagi o okresie limfatycznym zakażenia gruźliczego bydła.	505	P. GUNS. Przyczynek do poszukiwania symptomatologii klinicznej ze strony nerwu słuchowego w rozwoju nowotworów złośliwych.	598
BERTHOLD EPSTEIN. Pierwsze objawy kliniczne zakażenia gruźliczego (pierwotne schorzenie gruźlicze).	558	R. CAUSSÉ. Badanie przewodnictwa kostnego w kile nabytej, przebiegającej bez objawów usznych, a w szczególności w kile ze współistniejącem podrażnieniem opon.	598
WALTER de la MOTTE. W sprawie leczenia gruźlicy kwasem krzemowym.	559	E. PRÉCHT. O leczeniu t. zw. zakażenia ustnego.	598
TARANTAJEWA, KRAJNDEL i WOJTIŃSKI. W sprawie wpływu podskórnych zastrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej na przebieg gruźlicy.	559	H. BEYER. Zapalenie uszu grypowe.	598
L. BONAFÉ. O gruźlicy jelit w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc.	597	K. HELMAN. O t. zw. kłykcinach stożkowatych zewnętrznego przewodu słuchowego.	599
F. STERNBERG. Wymioty w gruźlicy płuc.	597	V. KOLLERT i E. SUCHANEK. O ognisku pierwotnem w zapaleniu nerek. Zagadnienie migdałków.	599
G. SAYAGO, T. VILLAFANE LASTRA i C. VOCOS. O glikemji w przebiegu gruźlicy.	598	K. BECK. Czy pył cementowy uszkadza bardziej drogi oddechowe, niż inne rodzaje pyłów.	667
G. SIMON. Gruźlica szczytów płuc.	598	H. CLAUS. 28 przypadków zakażenia krwi po anginie.	668
R. MICHEL. O kamforowym leczeniu późnych okresów gruźlicy płuc przy pomocy hexetonu.	648	MENEGAUX. Leczenie raka języka.	668
M. LEVY-BRUHL i Ivonne GARREAU. O znaczeniu obliczania chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym dla rozpoznawania gruźliczego zapalenia opon.	648		

L. BAR. Uwagi w sprawie przypadku wycieku wodnistego z nosa (<i>hydrorrhoea nasalis</i>) symulującego zapalenie zatoki szczękowej.	668
K. GOLDBERGER i A. DATTNER. Nieżyt cuchnący nosa a płyn mózgowo-rdzeniowy.	668
R. CAUSSE. Uwagi o porażeniu nerwu twarzowego a <i>frigore</i> i o konieczności badania systematycznego VIII pary.	668
W. UNDRITZ. W sprawie ruchu chłonki w przewodach półkolistych.	705
F. NOLTHENIUS. Lot a narząd kamyczkowy.	705
A. LAUTENSCHLAGER. Perlak jam obocznych nosa, jego powstawanie i warunki rozwoju.	705
A. SEIFFERT. O znaczeniu ezofagoskopji w powstawaniu rozedmy po przedziurawieniu przełyku.	705
Dr. med. Witold SZUMLAŃSKI. Pielęgnowanie ucha i ochrona słuchu.	771
R. CAUSSE. Jonizacja cynku w leczeniu chorób uszów.	771
VERNIEUVE. Porażenie nerwu odwodzącego w przebiegu zapalenia ucha. Kazuistyka. Patogeneza.	771
E. CHARACHAK. Przypadek podwiązania tętnicy szyjnej wewnętrznej wskutek kilkakrotnego krwawienia z ucha po dokonanej operacji doszczętniej.	771
R. MARTIN. Zapalenie migdałków, jako choroba i odczyn.	771
F. HUTTER. W sprawie leczenia ropni okołomigdałkowych.	771
A. TAVIANI. Gruźlica krtani a leczenie światłem.	771
A. SERCER. Uwagi o różnych sposobach technicznych.	771
Dr. Jan SZMURŁO, prof. zw. Otorynolaryngologii i kierownik klin. otolaryng. Uniw. Stefana Batorego. Choroby nosa i jamy nosowo-gardłowej.	875
H. LENHARZ. O odczynie limfatycznym w anginie ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania różniczkowego.	875
R. MARTIN. Zapalenie migdałków jako samoistne schorzenie i jako odczyn.	894
M. SGALITZER. O badaniu rentgenologicznem węzłów przełyku	894
M. SENDRAIL, H. LASSALE i S. BONPUNT. Zmiany w podstawowej przemianie materji i surowicy krwi u chorych na otosklerozę.	895
O. BESELIN. Zakażenie ucha zdrowego poprzez trąbkę słuchową.	895

16. Choroby płuc.

KLINGENSTEIN. O „wycelowanych“ zdjęciach w dja-dnostyce rentgenowskiej chorób płucnych.	51
ABRAMOWICZ, WARSZAWSKI i SZEJNIN. Rozpoznanie rentgenologiczne pylicy płuc.	51
WACHTEL. W sprawie pierwotnych raków opłucny.	51
SZAFIR. Leczenie dychawicy oskrzelowej dożylnemi wlewaniem cukru gronowego.	51
S. A. REINBERG. O t. zw. suchych rozszerzeniach oskrzeli.	232
ENSBRUNER. Krótkie doniesienie w sprawie działania Efetoniny w dychawicy oskrzelowej.	232
ENGELMANN. O obrazie pneumotachograficznym w dychawicy oskrzelowej.	276
TAMARIN. Leczenie dychawicy oskrzelowej siarkanem magnowym.	276
WAJNSZTOK. Leczenie ichtiolem grypowego zapalenia płuc.	276
F. KLEWITZ. Das Bronchialasthma.	418
P. GIBERT. O leczeniu dychawicy promieniami Roentgena.	419
B. S. KLINE. Ropień a zgorzel płuca.	748
E. HELLMAN. O współczesnych metodach leczenia zachowawczego przewlekłe zapalnych i ropnych spraw w płucach.	748
H A J O S K. Przyczynek do zagadnienia duszniczy oskrzelowej.	749

17. Choroby serca i naczyń.

MUNK. Djaagnostyka rentgenowska schorzeń serca.	84
J. ERDELYI. O wartości klinicznej rentgenologicznego badania tętnicy głównej.	84

A. WEBER. O nagłym zgonie sercowym.	85
SCHLESINGER. Klinika i leczenie kiły tętnicy głównej.	85
OEHME. Uwagi o leczeniu obrzęków sercowych.	85
C. LIAN i A. BLONDEL. O stałem samoistnem podciśnieniu tętniczym.	181
A. SALOMON. O leczeniu żyłaków zastrzykiwaniami.	181
SZWARCMAN. Określenie napięcia sercowego.	276
L. G. GAJER. O częstości nadmiernego ciśnienia i o jego leczeniu.	276
E. MOSCHCOWITZ. O duszniczy bolesnej nikotynowej.	419
SWIFT i KITCHCOCK. Bóle sercowe w przebiegu gorączki gośćcowej.	419
O'HARE, CALHOUN i ALTNOW. O etiologii przewlekłych zapaleń mięśnia sercowego.	560
KAITH, WAGENER i KERMOHAU. O zespole nadciśnienia złośliwego	560
F. M. GROEDEL. Balneoterapia niewydolności serca.	569
E. P. MAYNARD jr. O stosowaniu chinidyny w migotaniu przedsionkowem.	561
Herman SCHLESINGER. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia stwardnienia wieloogniskowego.	561
M. GROSSMAN. Różnice diurezy salirganowej jako oznaka utrudnienia krążenia przy zrostach osierdziowych.	648
LETULLE, MARCHALL, BOYER. Choroba B u e r g e r a.	687
SILBERT i SAMUELS. Thromboanginitis obliterans — choroba B u e r g e r a. Znaczenie prognostyczne oscyllometru.	688
J. WHITE i P. WHITE (Boston). Dusznicza bolesna. Leczenie okołordzeniowemi zastrzykiwaniami wysoko.	688
E. MOSCHCOVITZ. O pozornej czyli przejściowej miażdżycy naczyń.	749
OFFENBACHER. O leczeniu nowasurolem chorych na serce.	749
DONHEISSER. Podwiązka żyły głównej dolnej.	749
H. BOHNENKAMP. O jednoczesnem stosowaniu strofantyny i naparstnicy.	917
G. KLEMPERER. O jednoczesnem stosowaniu naparstnicy i strofantyny.	917
N. NIPPE. O nowym środku nasercowym Adovern.	917

18. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

ZADEK. Obraz białych ciałek krwi w niedokrewności złośliwej zwłaszcza podczas przełomów.	51
BIBERFELDT. O leczeniu niedokrewności złośliwej djetą wątrobową podług Minot i Murphy.	51
SEYDERHELM. W sprawie leczenia anemji złośliwej djetą wątrobową i naświetlaną ergosteryną.	52
G. ROSENOW. W sprawie leczenia anemji złośliwej djetą wątrobową.	52
J. NEUBURGER. Uwagi krytyczne nad leczeniem anemji złośliwej djetą wątrobową.	52
J. W. MOLDAWSKY. Los i znaczenie czerwonych ciałek krwi przetaczanej w organizmie krwioodbiornicy.	117
H. STEINITZ. Leczenie anemji złośliwej djetą wątrobową.	118
W. WESTPHAL. Ostra hemoliza po leczeniu chininą zimnicy zaszczepionej.	118
LARSEL, JONES, PHILIPS i NOKES. Działanie krwiotwórcze wyciągów jądrowych w niedokrewności doświadczalnej i ludzkiej.	297
H. STEINITZ. O leczeniu niedokrewności złośliwej djetą wątrobową.	297
STERIOPUŁO i GŁORIOZOW. W sprawie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej wątroba.	297
HARTMAN i VOIT. Przyczynki do kazuistyki <i>myelosis aleukaemica</i> .	298
TH. TSCHISTOWITSCH i O. BYKOWA. Retikuloza, jako choroba układowa narządów krwiotwórczych.	487
SEYDERHELM i OPITZ. O leczeniu niedokrewności złośliwej zapomocą wyciągu wątrobowego.	487
BIELAJEWA. W sprawie leczenia anemji złośliwej wątroba.	487

G. R. MINOT. O rodzinnem usposobieniu krwotocznym.	Str. 624	ARNOLDI, FINK, MICHELIN. Badania nad wpływem t. zw. dni witaminowo-głodowych na przemianę materji.	Str. 706
M. T. MACHIN. Dziedziczność w krwawiczej.	624	PEISER. Przemiana podstawowa jako kryterjum w djagnostyce różniczkowej.	706
H. Z. GIFFIN. O skazach krwotocznych.	624	D. JAHN i E. STROSSENREUTER. O zależności przemiany materji w ustroju od rodzaju odżywiania.	706
NYE, ZERFAS i CORNWELL. Grzybki drożdżowe w przewodzie pokarmowym w niedokrewności złośliwej i innych cierpieniach.	687	F. RATHERY i J. MARIE. O fizjopatologii moczówki prostej.	706
E. V. HAHN. Usunięcie śledziony w przypadkach niedokrewności typu komórek sierpowatych.	687	LUTIE. Spostrzeżenia kliniczne o działaniu atofanylu w artretyzmie.	707
P. STARR. O leczeniu wątrobowym w niedokrewności złośliwej.	687	B. GORDON i E. STANLEY. O stosowaniu dekstrozy w leczeniu otyłości.	707
G. R. MINOT, MURPHY i STETSON. O stosowaniu wyciągu z wątroby w niedokrewności złośliwej.	751	F. RABE. Cukrzyca i praca trzustki.	751
LOEWENBERG i GOTTHEIL. Djeta wątrobowa w 12 przypadkach niedokrewności złośliwej.	751	FONSECA. Wychudzenie i insulina. Hyperinsulinismus.	752
BOHM L. Wycięcie śledziony w niedokrewności złośliwej.	751	E. VOGT. Zależność działania insuliny od gruczołów płciowych kobiecych.	752
NAGY G. O zespole krwotocznym i jego ustosunkowaniu konstytucjonalnym.	751	P. F. RICHTER. Wie soll der Arzt in der Praxis Stoffwechsellkrankheiten behandeln.	965
19. Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.		N. J. JOHN. Nadczyżność tarczycy a cukrzyca.	965
MAX. ROSENBERG. Współczesny stan leczenia insuliną.	85	SYRING. Śmiertelność pooperacjach wola.	965
ABRAHAM i ALTMANN. O hemo-renalnym wskaźniku acetonowym u chorych na cukrzycę — w śpiączce i poza śpiączką.	86	WILLENBACHER. Przypadek usunięcia wola u noworodka.	966
STRAUSS. O nadmiernem uwłóśieniu pochodzenia nadnerczowego.	86	KLINKE, W sprawie sposobu powstawania tężyczki	966
LESSER. W sprawie powstawania hyperglikemji cukrzycowej.	86	H. ZONDEK W sprawie patogenezy i leczenia schorzeń gruczołów dokrewnych.	990
Endokrinologie. Zentralblatt für das Gebiet der inneren Sekretion und Konstitutionsforschung.	150	Max BERLINER. Wzrost olbrzymi i karli na tle zaburzeń w wydzielaniu wewnątrztrznym.	990
F. RATHERY. O stosowaniu syntaliny w leczeniu cukrzycy.	150	20. Choroby narządów trawienia	
R. GOIFFON. Badania nad kwasnością moczu.	150	WIECHMANN i GATZWEILER. Insulina a czynność żołądkowa.	16
O. KAUFFMANN, COSLA i W. ZOERKENDOERFER. O działaniu wód mineralnych na przemianę ogólną u chorych na cukrzycę.	150	MOGENA i FERNANDEZ. O wartości klinicznej chromoskopji żołądkowej.	16
R. TEUSCH. Dna trzewiowa.	150	RAMOND i JACQUELIN. O kilku mało znanych obrazach radjologicznych nadmiernego wydzielania żołądka.	16
JANSEN i ROBERT. Zagadnienie jodu w cierpieniu wola.	150	GOSSET, GUTMANN i JAKIEL. Próby zachowawczego leczenia zrostów trzewiowych.	15
Prof. H. STRAUSS u. F. BOENHEIM. Innere Sekretion und praktische Medizin.	212	F. ROMANG. Rentgenodjagnostyka kamicy żółciowej.	16
H. MARX. Zaburzenia przemiany wodnej w ustroju w schorzeniach przysadki mózgowej.	212	Wilhelm Czesław CZARNOCKI. Badania nad ostrym żółtym zanikiem wątroby ze specjalnym uwzględnieniem pochodzenia t. zw. kanalików wrzekomych.	49
DAWID. Insulina a śpiączka cukrzycowa.	319	H. RIEDER. Antyperystaltyka a wsteczne przemieszczenie treści żołądkowej.	50
S. LAUTER i H. BAUMANN. O niedomodze narządu krążenia w śpiączce cukrzyczej.	319	J. BAUER. Uwagi krytyczne nad stosunkiem zaburzeń żołądkowo-jelitowych do gruczołów wewnątrzwydzielniczych.	50
M. WINCKEL. Przypadek <i>virilismus suprarenalis</i> na tle gruczolaka nadnercza.	319	P. CAWADIAS. O uchyłkach esicy.	148
N. PENDE. Wątroba i tarczycza. Nadczyżność wątroby w chorobie Basedowa.	419	L. TIMBAL. Niemirowość ruchów jelita grubego.	149
W. LANGE. Różwój części rodnych i wzrost ciała u niedorozwiniętych umysłowo.	420	PANEK. O przedziurawieniu wrzodów trawiennych po badaniu rentgenologicznym.	149
KUPICA. Przypadek choroby Addisona z dodatnim odczynem <i>Wassermann</i> a	420	LEHMAN. Zapalenie wyrostka robaczkowego u starców.	149
ALPERN i BESUGLOW. Spostrzeżenia nad nadczyżnością aparatu wysepkowego trzustki.	420	BICKEL, van EWYK i FLEISCHNER. Wpływ kawy na czas przebywania pokarmu w żołądku.	149
BRITANISZKI. W sprawie leczenia choroby cukrowej syntalimą.	559	L. URRUTIA. O wrzodzie trawiennym jelita po operacjach żołądkowych w Hiszpanji.	149
E. FENILLÉ. Nacieki leukopatyeczne a uczulenie w dnie.	559	KUTTNER i NOAH. O częstości operacji brzusznych udanych i nieudanych.	149
GROSSMANN i POLLAK. Badania kliniczne nad stosowaniem dwuoksyacetonu (oksyantyny) w cukrzycy.	559	KRECKE. Wskazania do operacji w kamicy żółciowej.	149
I. NITZESCU i V. MISSIO. O szybkości opadania krwinek w cukrzycy doświadczalnej.	559	H. LORIN. Badania wstępne do postępowania chirurgicznego z gruczołami, zajętemi wskutek raka poprzeczniczy, zstępniczy i esicy.	150
H. SPATZ. Kliniczne, histologiczne, chemiczne i biologiczne badania porównawcze nad wolem w okolicy Monachium.	560	J. CARRÈRE (Montevideo). Metoda badań schorzeń dróg żółciowych.	211
W. F. LONGCOP. Obniżenie ilości cukru we krwi w twardzinie skóry.	560	BOEKELMAN. Określanie zawartości azotu w żółci jako pomocnicza metoda rozpoznawcza w chorobach pęcherzyka żółciowego.	211
W. LOEWENSTEIN. Przyczynki do leczenia cukrzycy zapomocą syntaliny.	622	Max EINHORN. Brak żółci przejściowy.	211
G. G. DUNCAN. Syntalina w leczeniu cukrzycy.	623	BERGMANN. O mechanizmie opróżniania się poza-wątrobowych dróg żółciowych.	211
C. A. MILLS. O leczeniu cukrzycy zapomocą witaminy B.	623	N. ANSHEL. Przyczynki do wewnątrztrznego leczenia schorzeń dróg żółciowych.	211
GORDON, CONNOR i RABINOWICZ. Cukrzyca a cierpienia dróg żółciowych.	623	A. J. BNGOLEA. O leczeniu kamicy żółciowej z punktu widzenia chirurgicznego.	211
ALTMANN. O pseudożółtaczkowym zabarwieniu skóry w cukrzycy.	623	G. BERGMANN. O istocie i leczeniu zaparcia nawkowego.	296

	Str.		Str.
J. M. WOLPE. Przyczynek do patogenezy i leczenia stanów niedowładu i porażenia jelit.	297	21. Położnictwo i choroby kobiet.	
E. H. BIANCANI. O stosowaniu djatermji w niektórych cierpieniach żołądka, dwunastnicy i splotu trzewnego.	297	ASCHEIM i ZONDEK. O rozpoznawaniu ciąży przez wykrywanie w moczu hormonów.	86
RAZUNOW i LEWINA. Rola mleka w djetetyce nadmiernego wydzielania żołądka.	443	F. CORDES. Przyczynek do leczenia objawów klinimakterycznych.	86
GOIFFON i PRETET. O podawaniu doustnem całkowitej flory kału.	443	STARLINGER. Wpływ naświetlanej ergosteryny na przebieg ciężkiego przypadku osteomalacji.	86
N. I. ZWONICKI. Nowa metoda badania czynności dynamicznej żołądka.	443	J. C. LAMES - MASSINI. Wczesne leczenie chirurgiczne drgawek porodowych.	232
F. MONTIER. O leczeniu nieżytu przerostowego odbytnicy zapomocą estru benzylo-cynamonowego.	443	M. C. MOUSSALI. Tamponada hydrauliczna wewnątrzmaciczna po porodzie.	232
STRAUSS. O bólach we wrzodzie żołądka i dwunastnicy.	442	S. TEUMIN. Płytki krwi i rokowanie w zakażeniu połogowym.	233
F. DELLOUGNE. Badania nad zawartością pepsyny w soku żołądkowym.	599	Von CREFELD i LAUDENIUS. Lewulozemja i lewulozurja u ciężarnych oraz u ludzi z chorą lub zdrową wątrobą.	320
T. BRUGSCH. Leczenie atofanem a wątroba.	599	R. T. FRANK i M. A. GOLDBERGER. Badania kliniczne nad zawartością żeńskiego hormonu płciowego we krwi u kobiet.	320
A. ADLER i H. LEMMEL. O ściślejszym rozpoznawaniu chorób wątroby.	599	M. WACHTEL. Oryginalna technika autohemoterapii w przypadkach krwawień macicznych pochodzenia jajnikowego i zapalnego.	320
ADLER i LANGE. O zawartości kwasu mlekowego we krwi w schorzeniach wątroby.	623	W. FRAM. O nakładaniu kleszczy na pośladki i o specjalnych kleszczach pośladkowych.	320
R. KORBSCH. Nowe wyniki gastroskopji.	624	A. C. SIDDAL. Próby wykazania ciąży.	395
N. W. i L. J. KUZNIECOW i W. N. SUCHOW. Określanie zdolności wydzielniczej wątroby za pomocą chromoskopji.	624	FLEISCHER i HIRCH-TABOR. O leczeniu zaburzeń menstruacyjnych.	395
A. PCZELINA. O czynności żołądkowej przy rozmaitych djetach, stosowanych w jadłodajniach moskiewskiego urzędu zdrowia.	624	H. KATZ. Rak macicy.	626
N. S. ZWONICKI. Badania kinetyczne żołądka, czynności wydalania, wydzielania oraz tworzenia się kwasu.	624	LÉVY-SOLAL i A. HADGÉS. O zgłębnikowaniu dwunastnicy w cierpieniach okolicy nadbrzusza prawego w czasie ciąży.	627
L. SCHLANGER. Przypadek kilku ciał obcych w przełyku dziecięcym.	624	E. WALDSTEIN. O leczeniu rzucawki porodowej lumenalem.	627
J. STRASBURGER. Badania nad trawieniem zawartości komórek roślinnych. Uwagi wstępne.	624	P. TRILLART i J. ROUSSET. Reakcja Bordet-Wassermannna we krwi pępownicy.	728
L. STRAUSS. Badania nad trawieniem skrobi i komórek roślinnych.	624	A. LAFFORT et A. MÉLE. Reakcja Bordet-Wassermannna u kobiety ciężarnej.	728
H. SALOMON. O zaletach t. zw. diety cogodzinnej.	624	SERDUKOFF. Sztuczne poronienie jako uraz biologiczny i jego skutki.	728
H. S. LURJE. O zawartości gazu we krwi w niektórych stanach chorobowych żołądka.	624	M. R. BLAYE. Zapalenie sromu i pochwy, wywołane grzybkami „ <i>Monilla albicans</i> “.	728
J. BOAS. Istota i leczenie zgagi.	668	M. REEB. Placenta accreta.	728
A. J. MIRKIN, E. R. MOGILEWSKI i D. B. RABINOWICZ. Określanie chlorków w soku żołądkowym jako metoda badania czynności żołądka.	669	M. JOB. Zielone wydzieliny z piersi kobiety nieciążarnej.	728
A. E. LEVIN. Metoda badania czynnościowego żołądka.	669	HEINZ KUSTNER. Schorzenia narządów płciowych po ostrych zakażeniach gardzieli.	917
ANTIAES. Insulina a czynność żołądka.	669	BULLE. O bólach krzyża.	918
FLATAU. Stosunek wiądu rdzenia do cierpień układu pokarmowego.	669		
ROSENFELD. W sprawie kuracji wyłącznie śmietanką.	669	22. Choroby dzieci.	
KALK i SIEBERT. Wrzód dwunastnicy, a drogi żółciowe.	750	Dr. med. Franciszek Ksawery CIESZYŃSKI. Opieka położnej nad noworodkiem i niemowlęciem.	16
SOŁOWIEWA. O drobnoustrojach, znajdujących się w dwunastnicy w niektórych schorzeniach narządów trawienia.	750	K. KUNDRATITZ. O patogenezie <i>Infantilismus intestinalis</i> Hertera.	17
H. L. BOEKUS i J. BAUH. Choroby żołądka a kiła.	750	WALGREN. Szkolna endemja rumienia guzowatego.	17
LAGEMANN. Zapalenie otrzewny u tabetyków.	750	W. L. AYCOCK. Epidemja porażenia dziecięcego spowodowana przez mleko.	17
STRAUSS, BLOCH i FRIEDMAN. Wrzód żołądkowo-jelitowy.	793	SECKEL. W sprawie powstawania kwasicowo-toksycznych zaburzeń (<i>exsiccosis</i>) w wieku dziecięcym.	118
W. J. MALLORY. O niektórych postaciach nieżytu jelita grubego.	793	H. SCHLACK. O patogenezie ropomoczu.	118
BENSAUDE, CAIN, LAYONI. Przypadek choroby Hirschsprunga o objawach przeważnie żołądkowych po zapaleniu mózgu.	793	LESZCZ. Zastosowanie hemoterapii w klinice dziecięcej.	118
K. BUTKIEWICZ. Przyczynki do rozpoznawania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.	895	STROTE. Doświadczenia kliniczne z naświetlaną ergosteryną Windausa.	252
IVY i OLDBERG. Skurcz i opróżnianie pęcherzyka żółciowego pod działaniem sekretyny.	895	PHILIPP LEITNER. O leczeniu optochiną pneumokokowych zapaleń opłucny u dzieci.	252
MENTZER. O stanie współczesnym chirurgji pęcherzyka żółciowego.	895	B. F. SCHAGAN. Próba stosowania u dzieci wysokoprotentowych roztworów urotropiny w leczeniu zakażeń diplostreptokokowych jak również w zapaleniu mózgu i płasawicy.	253
R. MARECHAL. O zwracaniu płynów wydzielniczych z przewodu pokarmowego.	895	ZALTON v. BÓKAY. O leczeniu czyraków u dzieci.	253
K. BERLET i H. DENNIC. O stosowaniu soków owocowych we wrzodzie żołądka.	967	Stanisław MAHRBURG. Badania anatomiczno-patologiczne nad zaburzeniami odżywiania niemowląt (żołądek i jelita).	365
E. SCHWARZ. O leczeniu pooporacyjnego wrzodu trawiennego jelita	967	SANFORD i HEITMEYER. Dootrzewnowe wlewania cukru gronowego w leczeniu chorób dzieci.	366
J. SOLOMON. O leczeniu nadkwaśności i wrzodu żołądka promieniami Roentgena.	967	O. BUCHNER. Badania nad częstością czerwienki u dzieci.	366
		H. BIELAJEWA. Zimnica u dzieci.	366

Karl SVEHLA. Odżywianie zdrowego i chorego dziecka zapomocą kefiru i zup kefirowych.	627	BRUCK. Przyczynę do zagadnienia leczenia kiły surowicą.	212
Karl SVEHLA. O kefirze.	627	LINSER i KAHLER. Gospodarka cholesterynowa a porost włosów.	212
Kurt FURST. Leczenie i los dzieci kiłowych.	628	BUSCHKE i GUMPERT. Przymiot wrodzony.	276
J. K. CALVIN. O mimowolnym oddawaniu moczu.	628	EISCHMEILER. O leczeniu tocznia skóry i błon śluzowych.	277
P. H. BUSSEL. Samoistne pęknięcie jelita u noworodka.	628	H. SCHLESINGER. Znaczenie odczynu Wassermannna w rozpoznawaniu i leczeniu chorób narządów wewnętrznych.	396
N. J. RUBIN. Jednoczesne występowanie skurczu odźwiernika i powiększonej grasicy u dzieci.	918	MICHAELIDES i KLISSUNIS. Wpływ opoterapii na odczyn Wassermannna.	396
Siegfried LEWY. O fizycznym i umysłowym rozwoju wcześniaków.	918	COHN i ABRAHAM. Działanie środków chemicznych na gonokoki w ustroju zwierzęcym.	396
BECK. O leczeniu krzywicy ergosteryną naświetlaną.	910	B. DANIEL i A. FRIEDER. W sprawie patogenezy i terapii niemocy płciowej ze szczególnem uwzględnieniem zaburzeń wydzielania hormonów.	396
L. LANGSTEIN. Odżywianie niemowląt wątroba.	966	Dr. Józef NIEGOWSKI. O rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki.	466
TUSCHERER. Leczenie anemji niemowlęcej wątroba.	966	NIEDERMEYER. Rzeżączka wstępująca czy zapalenie wyrostka robaczkowego.	467
23. Choroby dróg moczowych.		TUERK. Przyczynę do nauki o chorobie Fox-Fordyce'a u mężczyzn.	467
Prof. L. CASPER. Die Behandlung der Cystitis, Pyelitis und Nierensteinerkrankung.	119	O. HERSCHAU. Choroby skóry a zaburzenia wydzielnicze jajników i leczenie za pomocą organoterapii jajnikowej.	467
H. SCHMIDT. Rokowanie w nowotworach złośliwych.	119	Prof. Dr. Franciszek KRZYSZTAŁOWICZ. Choroby skóry.	534
N. POLLAK. Leczenie kamieni nerkowych i moczowodowych.	119	Kurt FUERST. Grundriss der Arzneimittellehre für die Behandlung von Hautkrankheiten.	534
H. NAUMANN. O stosowaniu hipofizyny w kamicy nerkowej.	119	H. ROHLER. Praktyczne leczenie samogwałtu.	534
A. da SILVO MELLO. Przyczynę do etiologii i leczenia nefroz.	120	J. H. SCHULTZ. Odpowiedź w sprawie praktycznego leczenia samogwałtu.	535
H. M. HEINRICHSEN. O wstrzykiwaniach dożylnych pilokarpiny w bezmoczach pooperacyjnym.	120	M. SEITZ. O leczeniu wszawicy.	625
HARTWICH i KASSELL. O zawartości we krwi potasu, wapnia i soli kuchennej w różnych postaciach posocznicy doświadczalnej.	253	L. LOWENSTEIN. O rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączkowych zapaleń stawów z uwzględnieniem promieni Roentgena i radu.	635
NOELLER. Przypadek mocznicy, wyleczonej zapomocą dożylnego wlewania hipertonicznego roztworu siarczanu sodu.	253	E. MÜLLER. O leczeniu kiły wrodzonej.	707
H. GROSSMANN. Przypadek nerczycy samoistnej wyleczonej wątroba.	253	M. D. SHIE. O tatuowaniu i o sposobach jego usuwania.	708
O. PORGES. O leczeniu nerczyc samoistnych wątroba.	253	F. CALLOMON. Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen.	794
H. SCHIROKAUER. Sto przypadków zapalenia miedniczek.	488	KISS. Wpływ czynników pozakonstytucyjnych na wyniki leczenia kiły wrodzonej.	794
G. PANNEWITZ. Drogi właściwego leczenia zapalenia miedniczek nerkowych.	488	KISS i SKROPP. Zależność wyników osiągniętych w leczeniu kiły wrodzonej od czynników konstytucyjnych.	794
H. L. KRETSCHMER i K. E. BARBER. Odradzanie się pęcherza moczowego.	488	Henryk REISS. Niemoc płciowa u mężczyzn.	968
P. M. ASHBURN. Epidemia białkomoczu.	505	W. ENGELHARDT. Spostrzeżenia dotyczące patogenezy choroby Fox-Fordyce'a.	968
K. BUJNIEWICZ. Moja teoria wytwarzania się moczu.	506	Louis RAMOND. Melanodermja arsenikowa.	969
HAGER i MAGATH. O powstawaniu kamieni w pęcherzu moczowym.	506	25. Choroby kości i stawów.	
Béla RADO. O pozajelitowym leczeniu powikłań rzeżączki.	506	LOEFFLER. Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o leczeniu stopy płaskiej.	395
F. LEBERMANN. Badania czynności nerek za pomocą obciążenia kwasami, względnie zasadami.	702	STREBEL. O uszkodzeniu krętarza małego i objawie Ludloff'a.	395
N. CORDERO i M. FRIEDMAN. Wpływ pozycji pacjenta na wynik próby czynnościowej nerek.	707	KADING. Zmiany stawowe w obrębie szczytów płucnych z szczególnem uwzględnieniem umiejscowienia bólów.	990
H. C. BUMPUS. O krwiomoczu samoistnym.	707	N. C. STEIN i N. TAUBE. O stosowaniu kwasu o-jodoksybędzwinowego w leczeniu zakaźnych zapaleń stawów.	990
H. H. HAFT. Krwiomocz na tle zatrucia pastą do obuwia.	707	26. Choroby nerwowe i psychiczne.	
PATCH i RABINOWICZ. O zawartości mocznika i kreatyniny we krwi w cierpieniach nerek.	729	Otto LOWENSTEIN. O pewnych podstawach doświadczalnych i klinicznych psychoterapii psychoz ze szczególnem uwzględnieniem leczenia pracą.	52
R. L. DOURMASHKIN. Zespół moczowo-wątrobowy.	729	E. SPEER. Psychoterapia specjalna schizofrenji.	52
W. SEUERING. Znaczenie trzustki i jej schorzeń w urologji.	729	H. KANNER. Rokowanie rasowe porażenia postępującego.	53
W. S. MAC-CANU. Działanie moczopędne gruczołów przytarczycznych w niektórych postaciach obrzęków.	729	G. J. ROSSOLIMO. Badania eksperymentalne psychomechaniki według metod indywidualnych i masowych.	118
Le NOIR i BAIZE. Nerka w postępującem złośliwym zapaleniu wsierdzia. Postaci nerkowe w chorobie Oslera	966	SUERMONDT. Wyniki chirurgicznego leczenia nerwobólu n. trójdzielnego.	118
E. NOBEL. O białkomoczu ortotycznym.	967	SICARD, HAGUENAU et WALLICH. Dająca się regulować pyroterapia porażenia postępującego za pomoca zastrzykiwań szczepionki przeciwszankrowej.	119
Erich ROTTHAUS. Zastosowanie cytotropiny w niestrzymaniu moczu, moczeniu nocnem i moczeniu częstem.	967		
24. Choroby skóry, weneryczne i płciowe.			
C. BRUCK. O leczeniu swiądu skóry.	86		
BIBERSTEIN. O stosowaniu rivanolu w dermatologii.	86		
PRIGGE. Postępy badania doświadczalnego kiły.	151		
KAPPIŠ. Leczenie czyraków zastrzykiwaniem własnej krwi chorego.	152		
H. SCHLESINGER. O znaczeniu odczynu Wassermannna dla rozpoznawania i leczenia chorób wewnętrznych.	212		

	Str.		Str.
G. BLUME. Awertyna w psychiatrii.	119	ne dla programu budowy typowego wojewódzkiego zakładu psychiatrycznego.	42
B. KINN. Die Behandlung der quartären Syphilis mit akuten Infektionen.	153	J. M. RAVID. Przejęciowe porażenie połowicze po stosowaniu insuliny.	942
BOGAERT. Halucynacje szypułkowe.	154	Natalja ZANDOWA. Splot naczyniasty.	991
L'HERMITE. Zespół szypułkowy. Zaburzenia psychosensoryjne w cierpieniach śródmózgowia.	154	A. M. SAUNDERS. O wahaniach koncentracji jonów wodorowych w ślinie padaczkowych.	991
Dr. Ernst KRETSCHMER, prof. uniwersytetu w Marburgu. Ueber Histerie.	181	B. GLESINGER. Przyczynek do leczenia ostrego zapalenia mózgu.	991
K. BIRNBAUM (Berlin). Obecne zasady tłumaczenia i leczenia hysterji.	181		
G. HERMANN. Doświadczenia kliniczne ze środkiem nasennym Phanodorm.	254		
G. STIEFLER. O leczeniu migreny luminalem.	254		
PASTEUR VALLERY RADOT i BLAMOUTIER. Drenowanie pęcherzyka żółciowego u chorych na migrenę.	254		
H. SCHENK. Badania płynu mózgowo-rdzeniowego jednocześnie otrzymanego drogą nakłucia lędźwiowego i podpotylicznego.	255		
Rocznik Psychiatryczny.	340		
F. MÜLLER, F. HILLER i H. SPATZ. Icones neurologicae.	340		
J. KAIRIUSTIS. Przyczynek do zagadnienia porażenia postępującego.	340		
A. MERCKLIN. O stosowaniu makowca w cyklicznych depresjach i zaburzeniach snu.	341		
Dr. med. Jan NELKEN, płk.-lekarz. Orzeczenie sądowno-lekarskie.	444		
M. TRAMER. Twórczość techniczna umysłowo chorych.	444		
M. O. GUREWICZ. Psychopatja wieku dziecięcego.	444		
Dr. Mieczysława BRUNOWA. Dziedziczenie konstytucji psychicznej i psychoz konstytucjonalnych.	535		
W. KIRSCHBAUM. Leczenie metakfiły zapomocą malarji czwartaczkowej.	535		
W. É. DANDY. Usunięcie prawej półkuli mózgowej w niektórych guzach mózgu. Doniesienie tymczasowe.	536		
J. HARKAVY. O pneumokokowym zapaleniu opon mózgowych.	536		
G. KREYENBERG. Konstytucja ciała, padaczka i charakter.	561		
G. SOKOLOWSKY. O napadach w nagminnem zapaleniu mózgowia. W kwestji t. zw. „padaczki podkorowej“.	563		
SEKIGUCHI, SHIGEKI i OIJE. W sprawie guzów nerwu błędnego.	562		
MELKERSSON. O odczynie myodystonicznym.	626		
BERTRAND i CHERSICH. Zmiany rdzenia w przebiegu glejaków i gliomatozy mózgu.	626		
SODERBERGH. Odwrócenie odruchów brzusznych.	626		
SOUQUES, CRANZON i BERTRAND. Badanie anatomico-patologiczne przypadku zwyrodnienia jądra soczewkowatego.	626		
PERLZWEIG, DELRUE, GESCHICKTER. Nadmierna ilość białka we krwi w przypadku myelomatu.	626		
M. ROSE. Allocortex u zwierząt i ludzi.	729		
TINEL. Przypadek pocenia się połowy twarzy po urazie ramienia.	730		
De JONG. Zjawiska rytmiczne ze strony układu nerwowego normalnego i chorego.	730		
Van BOGAERT i BERTRAND. O mioklonjach skojarzonych, synchronicznych i rytmicznych, wywołanych przez zmiany ogniskowe w układzie nerwowym.	730		
De RUDDER. O stosowaniu nirwanolu w płasawicy.	752		
G. BOENINGHAUS. O usunięciu blokady komorowej w ostrem zapaleniu opon drogą szerokiego nacięcia opony twardej i wytworzenia wypadnięcia mózgu.	752		
NATANSON H. W sprawie cierpień rdzeniowych w niedokrewności złośliwej.	752		
MINKOWSKI. Przypadek niemoty słownej u poligloty.	752		
ROSENFELD M., prof. Repetitorium der praktischen Psychiatrie.	810		
TINEL. Wyniki leczenia płynem z pęcherzy, powstałych na skutek przyszczepienia.	810		
SICARD. Bóle podniebienia i gardzieli wyleczone zastrzyknięciem alkoholu.	810		
MONIZ. Nowotwór mózgu, rozpoznany dokładnie przy pomocy encefalografji tętnicznej.	810		
Felicjan RAKIEWICZ i Witold ŁUNIEWSKI Wytycz-			
		27. Balneologia i klimatoterapia.	
		HÄBERLIN, von OORDT, von SCHROETTER i VOGEL - EYSERN. Klimatische Kuren im Winter.	364
		28. Choroby oczu.	
		A. v. PELLATHY. Próby leczenia kwaśnym węglanem sodowym w okulistyce.	87
		K. MYLIUS. Doświadczenia z naświetlaniem promieniami R o e n t g e n a w gruźlicy przedniego odcinka oka.	87
		E. ENGELKING. O stosowaniu dożylnych zastrzyków melubryny w przypadkach iridocyklitis chronica i „scleritis rheumatica“.	87
		H. HEIM. O leczeniu jaskry ergotaminą.	87
		BEST. O jednookich szoferach.	152
		Marja PROKSCH. Pole widzenia w jaskrze.	152
		GIESLER i WOLFF. Przyczynek do ksantopsji po podaniu naparstnicy.	152
		TERSON. Zapalenie krwotoczne siatkówki i nerwu wzrokowego spowodowane schorzeniem zęba.	152
		MORAX i KERBRAT. O ślepotec piorunującej u dzieci.	153
		PAGES. O leczeniu schorzeń zożowych i gruźliczych gałki ocznej zapomocą naświetlań ogólnych promieniami pozafiożkowymi.	562
		ORŁOW. O pochodzeniu pooperacyjnego zapalenia tęczówki.	562
		WEEKERS. Leczenie skurczowego podwinięcia powieki zapomocą zastrzyków wysokiego w okolicy zakończeń nerwu twarzowego w powiece.	628
		J. Van der HOEVE. Rak przerzutowy naczyniówki.	628
		DWORJETZ. O uzasadnieniu nazwy „Atrophia nervi optici“.	628
		E. ASMUS. Prosty sposób określania porażenia mięśni, poruszających gałkę oczną w kierunku pionowym.	730
		BESLIN. Zapalenie tęczówki z powodu ropnych czopów w migdałach i schorzeń zębów.	731
		H. LACAZE i R. BIDAULT. Pourazowe śródmiąższowe zapalenie rogówki na tle syfilitycznym. Znaczenie w tym wypadku wylewu krwawego podspojówkowego.	731
		Jaglica i jej zwalczanie.	942
		J. STREIFF. Uwagi o rzadko spotykanych objawach ocznych: o uczuciu zimna w oku i o uporczywych powidokach.	942
		A. v. SZILY. O operacyjnem leczeniu stożka rogówki.	968
		G. KRATBAUER. Tatuowanie ludzkiej rogówki chlorkiem platynym	968
		29. Radiologia.	
		HUBERT. O zachowaniu się poziomu cholesterynu w surowicy krwi po naświetlaniach promieniami R o e n t g e n a.	418
		LAZARUS. Operacja czy naświetlanie?	418
		Prof. dr. phil. et chem. J. PLOTNIKOW. Kurzer Leitfaden der Photochemie im Dienste der Medizin, insbesondere der Lichttherapie und Photophysiologie.	532
		O. KLEMPERER. Nowsze poglądy na swoiste działanie promieni ciepłych, świetlnych i rentgenowskich.	558
		KÖHLER ALBAN. Grenzen des Normalen und Anfaenge des Pathologischen im Röntgenbilde. (Pogranicze fizjologii i patologji w obrazie rentgenologicznym.	874
		MARKOVITS EMMERICH. Röntgendiagnostik der Erkrankungen inneres Organe in Tabellenform.	

(Rozpoznanie rentgenologiczne schorzeń narządów wewnętrznych zestawione w tabelach).	Str.
G. N. KŁOVEKORN. O promieniach t. zw. granicznych i ich zastosowaniu.	875
	919

30. Medycyna Sądowa.

REISS i SIMONIN. O pośmiertnych zmianach PH tkanek.	154
A. SCHACKWITZ. Rozkawałkowanie zwłok, przypominające morderstwo na tle seksualnem.	154
A. SCHACKWITZ. Uszkodzenie głowy i nóg przy powieszaniu. Morderstwo czy samobójstwo.	155
Al. SCHACKWITZ. Usiłowanie morderstwa przez pocałunek.	213
Al. SCHACKWITZ. Przypadkowe wyciągnięcie własnego jelita grubego przez czternastoletniego chłopca.	213
Al. SCHACKWITZ. Za zabójstwo 18-dniowego dziecka — wyrok skazujący z art. 217 (St. G. B.). (Dzieciobójstwo).	341
Al. SCHACKWITZ. Skutki błędnego rozpoznania tożsamości zamordowanej.	342
Al. SCHACKWITZ. Późny ograniczony krwotok mózgowy po urazie w głowę.	342
S. SMITH. Taylor's Principles and Practice of Medical Jurisprudence.	649

31. Historia i filozofja Medycyny.

Józef DIETL, pierwszy prezydent m. Krakowa, znakomity lekarz, profesor i rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, patrijota polski—w 50-tą rocznicę śmierci.	872
--	-----

32. Chirurgja.

BORS. Vigantol i gojenie się złamań kości.	625
--	-----

33. Psychologia.

A. RONDTHALTER. Metoda psychologii indywidualnej A. Adlera.	625
A. MARIE. Psychoanaliza i nowe metody badania.	649
Dr. med. GRZYWO - DĄBROWSKA. Psychologia prostytutki.	873

c) Wskazówki praktyczne.

18 -- 53 -- 87 -- 120 -- 155 -- 182.	
S. RUBINROT. W sprawie metodyki rentgenologicznego badania klatki piersiowej.	213
Aleksander SIMON. Luźne uwagi o kilku środkach leczniczych (felsol, ikterozan, atofanyl, waksyneurina).	233
255 -- 277 -- 298 -- 321 -- 342 -- 367 -- 397 -- 420 -- 445 -- 467 -- 488 -- 506 -- 536 -- 563 -- 579 -- 600 -- 629 -- 650 -- 670 -- 688 -- 708 -- 731 -- 753 -- 772 -- 794 -- 810 -- 875 -- 896 -- 920 -- 943 -- 969 -- 991.	

III. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dnia 6. XII. 1927 r.	234
" z " 17. II. 1928 r.	234
" z " 25 IX. 1928 r.	969
" z " 15. X. 1928 r.	969

Sekcja kliniczna Polskiego Tow. Med. Społ.

Posiedzenie z dnia 5. XI. 1927 r.	120
" z " 24. XI. 1927 r.	120
" z " 9. XII. 1927 r.	121

" z " 29. XII. 1927 r.	121
" z " 31. XI. 1928 r.	255
" z " 10. II. 1928 r.	420
" z " 23. II. 1928 r.	420
" z " 10. III. 1928 r.	468
" z " 24. III. 1928 r.	468
" z " 28. IV. 1928 r.	600
" z " 12. V. 1928 r.	601
" z " 31. V. 1929 r.	601
" z " 29. IX. 1928 r.	896
" z " 6. X. 1928 r.	897
" z " 27. X. 1928 r.	897

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Posiedzenie z dnia 17. I. 1928 r.	489
" z " 7. II. 1928 r.	753
" z " 28. II. 1928 r.	753
" z " 27. III. 1928 r.	754
" z " 24. IV. 1928 r.	754

Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne.

Posiedzenie z dnia 15. VI. 1927 r.	88
" z " 12. X. 1927 r.	88
" z " 15. XI. 1927 r.	182
" z " 25. I. 1928 r.	182

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie z dnia 27. X. 1927 r.	18
" z " 24. XI. 1927 r.	54
" z " 29. XII. 1927 r.	278
" z " 26. I. 1928 r.	342
" z " 23. II. 1928 r.	398
" z " 29. III. 1928 r.	563
" z " 26. IV. 1928 r.	579

Towarzystwo Lekarskie Piotrkowskie.

Sprawozdanie za rok 1927.	506
Posiedzenie z dnia 26. I. 1928 r.	507
" z " 28. II. 1928 r.	507
" z " 30. III. 1928 r.	507
" z " 27. IV. 1928 r.	944
" z " 31. V. 1928 r.	944
" z " 28. VI. 1928 r.	944

Towarzystwo Patologów Polskich

Sekcja Poznańska.

Posiedzenie z dnia 22. VI. 1928 r.	536
------------------------------------	-----

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne.

Koło Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 14. XII. 1927 r.	183
" z " 23. I. 1928 r.	214

Towarzystwo Okulistów Polskich.

Oddział Warszawski.

Posiedzenie z dnia 19. X. 1927 r.	277
" z " 23. II. 1928 r.	258
" z " 16. XI. 1927 r.	321
" z " 14. XII. 1927 r.	367
" z " 10. I. 1928 r.	445

Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

156 — 629 — 650 — 670 — 709 — 731 — 772 — 795 — 811 — 876 — 897 — 920 — 945 — 970 — 991.	
--	--

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

18 — 55 — 88 — 121 — 155 — 183 — 215 — 256 — 278 — 299 — 323 — 342 — 368 — 398 — 421 — 446 — 469 — 490 — 507 — 537 — 563 — 581 — 601 — 630 — 650 — 670 — 689 — 709 — 732 — 754 — 773 — 795 — 811 — 876 — 897 — 920 — 945 — 970 — 991.	
---	--

IV. Zjazdy.

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Karlsbadzie.	157.	184
Sprawozdanie ze zjazdu Komitetu Centr. Wszechśl. Związku Lek. odbytego 14 grudnia 1927 r. w Pradze.		186

III Zjazd Cz.-sł. Towarzystwa Ortopedycznego.	256
XXIII Zjazd „l'Association des Anatomistes“ w Pradze.	323
Zjazd lekarzy powiatowych w Poznaniu.	324
Zjazd lekarzy powiatowych w Łodzi.	324
Konferencja Komisji Sztandaryzacyjnej. Komitet Higieny Ligi Narodów we Frankfurcie nad Menem dn. 25 — 27 kwietnia 1928 r.	369
Zjazd lekarzy powiatowych we Lwowie.	399
VI Zjazd Higienistów Polskich we Lwowie (7 — 9 lipca 1928 r.).	528
I-szy Międzynarodowy Zjazd Oto-ryno-laryngologiczny w Kopenhadze (30.VII — I.VIII 1928 r.). Wrażenia ogólne.	630
Sprawozdanie z Międzynarodowego Zjazdu lekarek w Bolonji.	631
Sprawozdanie z przebiegu Konferencji Międzynarodowej Federacji Towarzystw Eugenicznych.	754
Liga Narodów. Sprawozdanie z Londyńskiej konferencji Ekspertów-higienistów w sprawie ochrony wczesnego dzieciństwa od 3 — 5 lipca 1928 r.)	773
VI Doroczne zebranie Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Poznaniu w dniach 15, 16 i 17 września 1928 r.	812
Pierwszy zjazd lekarzy powiatowych Województwa Śląskiego.	876
Sprawozdanie D-ra Jakóba Sęczyca, radcy ministerjalnego, z jego podróży do Budapesztu na kongres lekarski dla spraw chorób zawodowych i wypadków nieszczęśliwych przy pracy.	921
II. Zjazd Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemiologów Polskich.	970
IV. Zjazd członków Towarzystwa Lekarskiego Województwa Nowogródzkiego.	971

V. Krytyka Lekarska.

Henryk HIGIER. Lekarz a lecnicтво. (Hypochondria iatrogenetica).	22
Z. SREBRNY. Dawniej a dzisiaj.	258
Z. SREBRNY. Duże czy małe oddziały szpitalne.	346
Henryk HIGIER. Historia medycyny u nas.	399
Leon ZAMENHOF. Z powodu artykułu: „Dawniej a dzisiaj“.	447
Zygmunt SREBRNY. Odpowiedź na uwagi kol. Zamenhofa.	450
Henryk HIGIER. Nowotwory mózgu i rdzenia a nasświetlanie promieniami Roentgena.	671. 689
Aleksander SIMON. W sprawie komasacji naszych oddziałów szpitalnych.	774
Leon ZAMENHOF. Ideały a rzeczywistość.	814
Z. SZYMANOWSKI. Stosunek lekarza do akcji profilaktycznej.	877
A. W sprawie specyfików...	945
Z. BYCHOWSKI. Pani ma mały szmerek	971

VI. Przegląd terapeutyczny.

Seweryn CYTRONBERG. O wynikach leczenia przewlekłego wrzodu trawiennego przy pomocy metody złożonej z naświetlań promieniami Roentgena, płukanń żołądka, alkalizacji, atropinizacji i t. d.	19. 56
Ludwik JUSTMAN. O peptonie Wittego w leczeniu biegunek przewlekłych.	89. 122
Aleksander KRASUSKI. O nowych środkach zastępujących morfinę i kodeinę (Dilaudid — Parakodina — Dikodid).	158. 187
Jan RACZKOWSKI. Kilka uwag o znaczeniu fosforu dla ustroju.	216. 235
W. RAKOWSKI. O leczeniu krwawień macicznych, powstałych na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych.	257. 279
Zofja ANTONIAKÓWNA. Przyczynek do współczesnej terapii solami wapniowymi.	300
Ludwik KAWAŁEK. Spostrzeżenia nad działaniem maści „Propidex“.	325
Anastazy LANDAU i Jerzy GLAS. Kilka uwag o stosowaniu merkuromu.	344
J. POMPER. O stosowaniu Granugenolu w chirurgii.	369

Zdzisław ŚWIDER. Spostrzeżenia kliniczne nad nowym lekiem przeciwgorączkowym i przeciwbólowym.	421
Zygmunt SREBRNY. Luźne uwagi o znieczuleniu miejscowym w ryнологologii.	469
Paweł WOŁK. Badania biologiczne nad nową mączką witaminowo-wapniową „Witaminozą“.	539
J. SZERMERÓWNA i Maurycy REICHERT. Badania nad działaniem Kardiazolu.	581. 602
Ludwik KAWAŁEK. Spostrzeżenia nad działaniem chinino-fityny „Ciba“.	651
A. S. KRASUSKI. Synergetol.	898

VII. Medycyna Społeczna.

Seweryn STERLING. Uwagi w sprawie skoordynowania działalności poradni przeciwgruźliczych.	29
S. ADAMOWICZOWA. Stan rejestracji chorób zakaźnych w Polsce.	58
W. KNAPPE. Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych.	58. 96. 129. 193. 217. 262. 306. 350. 404. 424
D. SĘCZYC. Wyjaśnienia na uwagi krytyczne, w sprawie projektu Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu chorób wenerycznych.	53
H. PRZYŁĘCKI. O ujednostajnieniu metod bakteriologicznego badania wody.	124
M. KACPRZAK. Nowe prądy w nauczaniu higieny.	190
Z. SZYMANOWSKI. W sprawie higieny wsi.	236
Stanisław PARADISTAL. Wyniki szczepień przeciwgruźliczych metodą Callmettea we Francji (szczepionką B. C. G.).	260. 282
Gustaw RACIAŻEK. Gościec — współzawodnikiem gruźlicy.	303
F. PRZESMYCKI. Błonica, jej rozpowszechnienie, szerzenie się i zapobieganie.	326. 348
M. KACPRZAK. Choroby zakaźne w Polsce w roku 1927.	370. 401
Marja SKOKOWSKA - RUDOLFOWA. W sprawie uzdrowisk dla chorych gruźliczych.	450
Ludwik RAJCHMAN. Działalność i zamierzenia Ligi Narodów a organizacja higieny.	471. 492. 511
Henryk GOLDBERG. Istota ostrego reumatyzmu stawowego i jego zwalczanie jako zagadnienie społeczne.	541
Z. BYCHOWSKI. Padaczka a opieka społeczna.	564. 584
Jerzy BABECKI. Normowanie rozrodności.	603
Uchwały posiedzeń plenarnych Pierwszego Krajowego Zjazdu Lekarskiego TOZ'u.	631
S. STYPUŁOWSKI. Walka z gruźlicą w Stanach Zjednoczonych.	652.
Stanisław TUBIASZ. Rola Ośrodka Zdrowia w administracji sanitarnej.	673
Witold PRZYWIECZERSKI, inż. Felicjan RAKIEWICZ i Rudolf SIKORSKI. Rys historyczny szpitalnictwa Polskiego w ubiegłym stuleciu i jego stan obecny ze szczególnem uwzględnieniem szpitalnictwa na obszarze b. zaboru rosyjskiego. I. Porównawczy pogląd na podstawy rozwoju szpitalnictwa polskiego w ubiegłym stuleciu w poszczególnych dzielnicach Rzeczypospolitej Polskiej.	692. 710
Witold PRZYWIECZERSKI, inż. Felicjan RAKIEWICZ i Rudolf SIKORSKI. Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce. I. Przewodnie zasady rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.	732. 755. 775
Marja SKOKOWSKA - RUDOLFOWA. Zagadnienie szpitalnictwa gruźliczego.	796
Z. SZYMANOWSKI. Nowe ustawy weterynaryjne.	816
Wiktor HRYSZKIEWICZ. Organizacja i działalność Państwowej Służby Zdrowia w pierwszym dziesięcioleciu Rzeczypospolitej Polskiej.	822
Ludwik HIRSZFELD. Państwowy Zakład Higieny. Wspomnienia i rozważania z okazji 10-lecia Niepodległości Państwa Polskiego.	835
Henryk PALESTER. Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce Niepodległej.	827
Czesław WROCZYŃSKI. Rzut oka na sprawy walki z gruźlicą w Polsce w okresie 1918 — 1928 r.	832
Wiktor BORKOWSKI. Stan kłęski wenerycznej oraz	

walki z nią w latach przedwojennych i powojennych w Państwie Polskim	Str. 839
Stanisław DERESZ. Walka z alkoholizmem we wkrzeszonej Polsce.	843
Witold ŁUNIEWSKI. Dziesięciolecie niepodległości w rozwoju opieki nad psychicznie chorymi w Polsce.	844
Z. BYCHOWSKI. Pierwsze dziesięciolecie Wydziału Zdrowia Wyzwolonej Warszawy.	849
Bronisław KRAKOWSKI. Opieka nad macierzyństwem dzieci i młodzieżą w Polsce Niepodległej.	853
Streszczenie Sprawozdania inż. St. KEMPINSKIEGO z wystawy p. n. „Odżywianie“ w Berlinie.	881
G. LEWIN. Rola czynnika rasowego w większej odporności Żydów względem gruźlicy.	900. 922
Sprawozdanie D-ra Dietricha, lekarza powiatowego w Łowiczu delegowanego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) do Jugosławii. Węgier i Niemiec w celu zapoznania się z higieną wsi	946
Paweł SCHONBORN. Rozwój rzeźni i targowisk zwierzęcych m. Warszawy w okresie lat ostatnich, ich stan obecny i zamierzenia na przyszłość.	972
LEKARZ Z GÓRKI. Kolonia lecznicza dziecięca im. Rektora Józefa Brudzińskiego.	992

VIII. Sprawy Zawodowe.

Protokół dorocznego sprawozdawczego posiedzenia naczelnej izby lekarskiej w dniu 29 stycznia 1928 r.	281. 307
Władysław DOBRZYŃSKI. Lekarze a sprawiedliwość społeczna.	543
Z. SZYMANOWSKI. Dziwne praktyki.	778
M. KACPRZAK. W sprawie duru plamistego wśród lekarzy.	971

IX. Odcinek.

Z. SZYMANOWSKI. W sprawie zjadliwości laseczki Banga dla człowieka.	490
M. SAIDMAN. Wrażenia z wycieczki do Leysin.	508

X. Życiorysy.

Dr. med. Józef ZIELIŃSKI. (wspomnienie). Nap. J. Budzińska - Tylicka.	65
Włodzimierz BECHTIEREW. (wspomnienie). Nap. Z. Bychowski.	131
Ś. p. Andrzej CIECHOMSKI. Nap. Józef Szper.	328
ś. p. dr. Władysław JANOWSKI. Nap. Lucjan Jelenkiewicz.	352
Józefa JOTEYKO (wspomnienie pośmiertne). Nap. Wł. Sterling.	373
Ś. p. dr. Aleksander ZAWADZKI. Nap. J. Pomper.	406
Ś. p. prof. Paweł KUCZERA. Nap. Stefan Rudzki.	423
Dr. med. Józef POLAK. Wspomnienie pośmiertne. Nap. J. Budzińska-Tylicka.	716
Ś. p. Dr. med. Wanda z SARCEWICZÓW KULIKOWSKA. Nap. H. Grodecka.	818
Życiorys i działalność naukowa ś. p. Prof. Tadeusza BROWICZA. Nap. Wilhelm Czarnocki.	924
G. I. ROSSOLIMO (wspomnienie pośmiertne). Nap. Z. Bychowski.	927
Maurycy BORENSZTAJN. ś. p. Dr. Adam Wizel.	949

XI. Korespondencja.

M. PŁOŃSKI. Z berlińskiego instytutu do badań nad rakiem.	91
O. BUJWID. Uroczystość otwarcia w Wilnie Kliniki okulistycznej.	302
D. F. KARNIEWSKI. List otwarty.	586
J. L. List otwarty.	992

XII. Polemika.

Z. SZYMANOWSKI. W sprawie ambulatorjów Warszawskiej Kasy Chorych.	326
Jan NELKEN. List otwarty.	492
Maurycy BORENSZTAJN. W odpowiedzi kol. Janowi Nelkenowi.	492

XIII. Wiadomości bieżące.

Na końcu każdego numeru.

Spis autorów prac oryginalnych.

A.	945
ADAMOWICZOWA S.	58
ADELFIANG Henryk.	170
ANTONIAKÓWNA Zofja.	300
BABECKI Jerzy.	603
BARANOWSKI L. M.	5. 611
BARCZYŃSKI J. M.	637. 657
BAUER J.	460. 478
BAUMRITTER Paweł	290
BECKER Rafał	515. 805
BREGMAN L. E.	202. 225
Van BREMEN J.	195
BiRO Maksymilian	42
BORKOWSKI Wiktor	839
BORENSZTAJN Maurycy	492. 949
BROKMAN H.	476. 591
BUDZIŃSKA-TYLICKA J.	65. 716
BUJWID O.	302
BYCHOWSKI G.	553. 959
BYCHOWSKI Z.	431. 455. 142. 564. 584. 849. 131. 927. 971
CHEVALLIER P.	409. 547
CYTRONBERG Seweryn	19. 56
CZARNOCKI W.	61. 101. 924
DEMANT Piotr	334. 522
DERESZ Stanisław	843
DIETRICH	946
DOBRZYŃSKI Władysław	543
DWORECKI I.	567. 587. 607
ERLICHOWNA M.	801
FEJGIN Mieczysław	173
FESTENSZTAT A.	801
FLATAU E.	107. 929. 953. 981
FLIEDERBAUM J.	74. 742
FRANK St.	111
GELMAM G.	700
GLAS J.	460. 478. 344. 861. 885. 905
GOLDBERG Henryk	541
GOLDFLAM S.	388
GOLDMAN Mieczysław senior	37
GOLDSTEIN B.	413. 438. 769. 789
GRODECKA H.	818
GROBLATT M.	77
HANDELSMAN Józef	74. 763
HEID J.	460. 478
HERMAN E.	1. 33
HIGIER Henryk	389. 22. 399. 671. 689
HIRSZFELD L.	661. 678. 825
HRYSZKIEWICZ Wiktor	822
ITELSON I.	171
JĘDRZEJOWSKA Aniela	722
JELENKIEWICZ Lucjan	352
JOCHWEDS B.	265. 287
JUSTMAN Ludwik	199. 89. 122
KACPRZAK M.	190. 370. 401. 975
KAPŁAN A. W.	739
KARBOWSKI B.	135. 167. 269
KARNIEWSKI D. F.	586
KASZUBSKI Tadeusz	139
KAWAŁEK Ludwik	325. 651
KERSZMAN Józef	786
KNAPPE W.	58. 96. 129. 193. 217. 262. 305. 350. 404. 424
KOŁODZIEJSKA Zofja	722. 911
KONOPACKA B.	463
KONORSKI Jerzy	528. 555. 575. 595
KRAKOWSKI Bronisław	852
KRAMSZTYK Stefan	357. 379. 482. 502

XVII

	Str.		Str.
KRASUCKA L.	742	RASOLT Henryk	937
KRASUSKI Aleksander	158. 187. 898	REICHERT Maurycy	581. 602
L. J.	992	RUBINROT S.	213
LANDAU A.	265. 287. 460. 478. 344. 861. 885. 905	RUBINSTEIN B.	702
LEJWA Artur	911	RUDZKI Stefan	427
LEWIN G.	900. 922	SAIDMAN M.	311. 508
LEKARZ Z GÓRKI	992	SASKI S.	247
LUXENBURG Józef	434	SCHONBORN Paweł	972
ŁUNIEWSKI Witold	844	SĘCZYC D.	93
MARKUSZEWICZ Roman	498. 523	SIKORSKI Rudolf	692. 710. 732. 755. 775
MATECKI Władysław	642. 663. 682	SIMON Aleksander	233
MILLER Stefan	528. 555. 575. 595	SKOKOWSKA-RUDOLFOWA Marja	450. 796
NELKEN Jan	492	SREBRNY Zygmunt	221. 243. 697. 719. 258. 346. 450. 469
NOWAKOWSKI Brunon	160	STANKIEWICZ R.	549. 570
NUSBAUM Józef	870. 891	STEIN Józef	609
OKOLSKA M.	247	STERLING Seweryn	29
PALESTER Henryk	827	STERLING Władysław	144. 205. 227. 249. 271. 373
PARADISTAL Stanisław	260. 282	STYPUŁKOWSKI S.	652
PEKIELIS R.	265. 287	SZENKIER D.	385
PIOTROWSKI Alfred	611	SZERMERÓWNA J.	581. 602
PŁOŃSKIER M.	292. 314 91	SZPILMAN Jakób Konrad	386. 438
POMPER J.	369. 406	SZPER Józef	328
PONCZ K.	202. 225	SZYMANOWSKI Z.	114. 877. 236. 816. 778. 490. 326
PROKOPOWICZ-WIERZBOWSKA M.	963. 986	ŚWIDER Zdzisław	43. 79. 421. 866. 934
PUTERMAN Jakób	615	TARKOWSKA D.	617
PRUSSAK LEON	355. 377	TENCER J.	360. 913
PRYŁUCKI N.	937	TONENBERG L.	803
PRZEDBORSKI J.	518	TUBIASZ Stanisław	673
PRZESMYCKI F.	326. 348	TYPOGRAF Józef	6. 703. 724
PRZYŁĘCKI H.	124	WISZNIEWSKI J.	549. 570
PRZYWIECZERSKI Witold	692. 710. 732. 755 775	WOŁK Paweł	539
RACIAŻEK Gustaw	303	WROCZYŃSKI Czesław	832
RACZKOWSKI Jan	216. 235	ZANDOWA Natalja	745
RAJCHMAN Ludwik	471. 492. 511	ZAMENHOF A.	411
RAJMAN P.	890	ZAMENHOF Leon	447
RAKIEWICZ Felician	692. 710. 732. 755. 775	ZAWADOWSKI Witold	759. 781
RAKOWSKI W.	257. 279	ZAWADZKI Aleksander	337

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 1

WARSZAWA, 15 STYCZANIA 1928 R.

Rok V.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Zagadnienie snu w świetle fizjologii i patologji *).

Podał

E. HERMAN (Warszawa).

W wieku gorączkowego postępu techniki, zmierzającej do pomysłnego rozwiązania kwestji czasu i przestrzeni, dziwnym zaiste wydaje się fakt, iż człowiek, ten poskromiciel natury, co najmniej 1/3 żywota swego spędza we śnie. Istnieją bowiem organizmy niższe, które nigdy nie zapadają w sen. Z drugiej atoli strony sen i czuwanie, w myśl ogólnej zasady wszystkich procesów fizycznych, chemicznych, biologicznych, a nawet socjalnych, tak jak ruch i bezruch, jak działanie i oddziaływanie, jak skurecz i rozkurecz, jak podrażnienie i znużenie, jak postęp i wsteczniectwo, jak cała, jednym słowem, rytmika wszelkich zjawisk, nas otaczających, jest udziałem i koniecznością większości istot żyjących, i to nie tylko zwierząt, lecz i roślin, boć nawet rośliny do pewnego stopnia śpią i czuwają, wysuwając i cofając swe listki, zamykając i rozchylając swe kielichy, w zależności od zmienności światła, ciepłoty atmosferycznej, ciśnienia i własności elektrycznych, radioaktywnych powietrza, i t. podobnych różnorodnych czynników.

Cóż więc dziwnego, iż sen, który w dużej mierze wydawać się przynajmniej pozornie może jako antyteza stanu czuwania, a więc istotnego życia, oddawna był umiłowanym problemem, nad którego rozstrzygnięciem zastanawiali się teologowie, filozofowie, fizjologowie, no i, naturalnie, lekarze.

Czyż zatem zaszły jakieś nowe fakty w gałęzi nam wszystkim wspólnej, w patologji, wzgl. fizjopatologji, któreby pozwalały na ponowne wprowadzenie na porządek dzienny sprawy snu, obfitującej chyba w dostateczną już liczbę najrozmaitszych hipotez.

Szeroka fala epidemji t. zw. nagminnego czyli śpiączkowego zapalenia mózgu z całym szeregiem zupełnie nowych danych anatomicznych, fizjologicznych i klinicznych, świeże spostrzeżenia z zakresu stanów

roślinnych (wegetatywnych), odgrywających we śnie rolę dominującą, jeśli nie obejmujących snu, jako jednego z głównych ich przejawów, wreszcie genialne badania Pawłowa nad t. zw. „tamtowaniem wewnętrznem“ odruchów warunkowych czyli względnych, identyfikowanem ze snem, i wiele, innych ciekawych faktów, skłaniają licznych autorów i badaczy do rewizji dawniej zdobytych spostrzeżeń z tego zakresu w nowem oświetleniu. Te przesłanki zapewne pobudziły Paryskie Towarzystwo Neurologiczne do postawienia snu jako tematu czołowego rozpraw na tegorocznym jubileuszu stulecia Vulpiana¹⁾. Jeśli do tego dodać liczne prace o śnie, które w ostatnich latach ukazują się na łamach specjalnych i ogólnych czasopism lekarskich, to znajdem zapewne u Szanownych Państwa usprawiedliwienie dostateczne w wyborze tematu dzisiejszego odczytu, na którym pragnąłbym przez godzinę skupić Ich ceną uwagę.

Rzecz naturalna, iż ciasne ramy jednego wykładu nie pozwalają na wyczerpanie całokształtu tak rozległej interesującej nas tu sprawy, jeno na omówienie niektórych zaledwie kwestyj spornych, wzgl. bardziej pouczających.

Więc przede wszystkim, czy sen jest antytezą stanu czuwania, czy jego zwykłym zaprzeczeniem, czy też wręcz odmiennym, lecz przytem czynnym, jakimś innym stanem?

Sen, powiada Economo²⁾, jest równie zawiłym procesem biologicznym, jak i stan czuwania, gdyż wszystkie czynności organizmu w czasie jego trwania nie są bynajmniej jedynie ilościowo obniżone, lecz w sposób swoisty zmienione, jak np. oddychanie, krążenie, wydzielanie gruczołów, metabolizm, ciepłota, odruchy, świadomość i t. p.

Nie jest identyczny ze stanem spoczynku, gdyż, chociaż spoczynek jest jednym z jego głównych objawów, to jednak już same sny, nieraz bardzo burzliwe, świadczą o jego czynnej, aktywnej stronie.

1) J. Lhermitte et Tournay. Rapport sur le sommeil normal et pathologique. Centenaire de Vulpian. Revue Neur. T. 1, Nr. 6 — 1927.

2) Economo. Über den Schlaf. Wien. 1925.

*) Według odczytu wygłoszonego w dniu 27 października 1927 roku w sekcji klinicznej Medycyny Społecznej w Warszawie.

Nie jest podobnież stanem „nieczuwania“, albowiem omdlenie, utrata świadomości w napadzie padaczkowym, śpiączka cukrzyca, nerkowa, lub inna, — nie są również stanem czuwania, a przytem jakże dalekie od snu normalnego.

Jednem słowem, jak wnioskuje *Economou*, sen jest stanem odmiennym od stanu czuwania, stanem, w którym zachodzą różnice nie tylko ilościowe, lecz i jakościowe.

Gdy się więc chce zgłębić istotę snu, mimowoli nieraz nasuwają się porównania z temi stanami, które pozornie identyczne są ze snem normalnym, a które z racji wyłącznej zależności od warunków zewnętrznych są dla badań naszych bardziej dostępne.

Mam na myśli hipnozę i narkozę, a do pewnego stopnia sen osesków i sen zimowy oraz głodowy zwierząt.

Nie bardziej błędnego, na co zwraca uwagę w swym krytycznym artykule o śnie, *Rosenthal*³⁾.

W hipnozie i narkozie brak jest związanych bezpośrednio z istotą procesu snu normalnego pewnych określonych stanów roślinnych, mianowicie: t. zw. fizjologicznej gotowości do snu i czuwania. Sen posiada znaczenie dla procesów odnowienia przez wełnianie tlenu, które przecież w narkozie, co podkreśla *Verworn*, jest przytłumione. Brak jest w narkozie cechy charakterystycznej dla snu, spostrzeżonej przez *Economou*, mianowicie, „zdolności przebudzenia się“, zaś stłumienie tylko części procesów świadomych w hipnozie skłania *Verworna* do porównania hipnozy raczej ze stanem czuwania, aniżeli snu fizjologicznego. Nawet sen osesków jest odmienny od snu dorosłych, i bardziej zbliżony do snu zimowego lub głodowego zwierząt, gdyż noworodek przez nagłe pozbawienie z chwilą urodzenia się korzystnych warunków odżywiania i ciepła otaczającego w łonie matki, zanim zdola się do nowego życia dostosować, zapada w stały sen, przerywany jedynie krótkotrwałymi chwilami czuwania dla przyjęcia pokarmu.

W rozwoju rodzajowym, t. j. filogenetycznym sen posiada swoje przedstady w postaci „stanów spoczynku“ u roślin i zwierząt niższych. *Zschokke*⁴⁾ podaje, iż pierwsze nieznaczne oznaki t. zw. „nocnej bezczynności“ zauważyć się dadzą u bardzo nisko stojących w świecie zwierzęcych istot, u t. zw. zawilków czyli polipów merskich, które nocą zaprzestają wykonywać ruchy detykowe swemi chwytnikami. Im bardziej w systemie zwierzęcych różniące się układ nerwowy, tem więcej do snu staje się podobny, t. zw. spoczynek nocny lub inaczej spokój nocny.

Najbardziej interesującą sprawą zagadnienia snu jest jego przyczyna.

Podawano różne przyczyny snu i w związku z nimi budowano liczne teorie, mieszając niejednokrotnie objaw z samą przyczyną. Dziś, powiada *Ebbecke*⁵⁾,

należy raczej pytać, jakie warunki sprzyjają snowi, a jakie go hamują, wzgl. stoją na przeszkodzie. Czynności, podtrzymujące sen, można, według autora tego, podzielić na 3 grupy: chemiczne, fizyczne i psychiczne — znużenie, wyłączenie podrażnień i zahamowanie.

Ponieważ sen odświeża siły fizyczne i psychiczne naszego ustroju, zaś znużenie zazwyczaj sprzyja i wyprzedza sen, to też w I-ym rzędzie holdowano teorii znużenia: sen jest wynikiem samozatrucia ustroju przez produkty, pochodzące ze znużenia tkanek, a nagromadzone przedewszystkiem w układzie nerwowym ośrodkowym. Miały to być początkowo zwykłe produkty przemiany materji, jak kw. mlekowy, kw. węglowy (*Preyer*, *Müller*, *Dubois*), potem t. zw. „kenotoksyny“, to jest substancje, sprawdzające znużenie (*Weichhardta*), produkty rozpadu białka. Ciekawe są w tym względzie doświadczenia *Legendrea* i *Piérona*⁶⁾, którzy zmuszali zwierzęta do długotrwałego czuwania, i kiedy po 22 dniach lub wcześniej zjawiała się konieczna potrzeba snu, zabijali je i badali mózgi histologicznie; stwierdzali wówczas wybitne zmiany zwyrodnieniowe w komórkach zwojowych wyłącznie zrazów przednich, zmiany prawdopodobnie usuwalne, skroco u zwierząt, w ten sposób nużonych, już po jednorazczwem wyspaniu się komórki przedstawiały się normalnie; autorzy ci wstrzykiwali nadto surowicę, pochodzącą od psów niewyspanych do komory IV psów, całkowicie wypoczętych, poczem okazało się, iż psy te zapadały natychmiast w głęboki sen. Badacze wspomniani określili nawet szereg własności tej nazwanej przez nich „hypnotoksyny“.

Na podstawie pracy powyższej uważa *Seletzky*⁷⁾ sen jako proces korowy, oparty na zmianach przejściowych chemiczno-histologicznych, zachodzących w korze mózgowej.

Teoria znużenia, której zwolennikami są *Müller*, *Verworn* i inni, jest najprostsza w swem założeniu.

Verworn powiada, iż u wszystkich form istot żyjących po podnieceniu występuje zmiana pobudliwości, t. zw. „okres oporu“ (*Refraktärstadium*), w czasie którego pobudliwość spada nagle, by z kolei najpierw szybko, a potem powoli wrócić do normy.

Dla *Verworna* stan czuwania z jego podrażnieniami przedstawia stadium pobudzenia, po którym występuje wydłużone stadium oporu, wystarczające do odpowiedniej restytucji — stąd mechanizm samoregulujący snu.

Claparède upatruje nawet we śnie czynność instynktowną organizmu, mającą na celu ochronę organizmu przed znużeniem. W związku z teorią znużenia niektórzy autorowie, jak *Salmon*⁸⁾, przypuszczają, iż wydzieliny gruczołów dokrewnych działają, jako odtrutki dla kory mózgowej, zatrutej przez substancje rozpadu.

3) *Rosenthal* C. Über den normalen Schlaf des Menschen. Klinische Wochenschrift. Nr. 31, 1927.

4) *Zschokke*. Der Schlaf der Tiere. Basel. 1914.

5) *Ebbecke*. Physiologie des Schlafes. Handbuch der normalen u. pathol. Physiologie. Bd. XVII, 1926.

6) *Legendre* i *Piéron*. Zeitschr. f. allg. Physiol., 1913.

7) *Seletzky*. Encephalitis epid. disseminata. Arch. f. Psych. Bd. 72, 1924.

8) *Salmon*. Le sommeil pathologique. Rev. de méd. 1910. n. 764. Hypophysäre Theorie der Schlafsucht. Cerebro. 1923.

Mingazzini⁹⁾ przyjmuje istnienie 2 grup hormonów, z których jedne mają pobudzać asymilację, drugie—dyssymilację; hormony te wydzielają wszystkie gruczoły dokrewne, mianowicie w stanie czuwania zachodzi przewaga hormonów ekscytokatabolicznych (tarczyca, nadnercza, przysadka, gruczoły rodne), które pobudzają napięcie układu współczulnego, podczas gdy we śnie zachodzi niedomoga tych gruczołów, a w związku z nią przewaga hormonów ekscytanabolicznych, powodujących wzmoczenie napięcia układu autonomicznego. W czasie snu, na co zwrócił uwagę Bauer¹⁰⁾, istotnie ma miejsce wzmoczenie napięcia układu autonomicznego, o czym świadczą zresztą oznaki kliniczne, jak: zwężenie źrenic, zwolnienie tętna, obniżenie ciśnienia, skłonność mięśni gładkich do kurczów, pocenie się, obniżenie ciepłoty. Heilig i Hoff¹¹⁾ starali się wykazać eksperymentalnie to zwiększenie napięcia układu nerwu błędnego; doświadczenia ich dowiodły, iż zwiększenie ciśnienia krwi, które występuje z reguły po zastrzyknięciu 1 mgr. adrenaliny, u śpiącego nie zjawia się wcale lub prawie że nie; zawartość wapnia we śnie jest wybitnie zwiększona. Laignel — Levastine¹²⁾, przeprowadzając statystykę urodzin, śmierci oraz zaostrzenia się chorób we dnie i w nocy na materiale szpitala Pitié w Paryżu, przyczynę większej śmiertelności w nocy oraz zaostrzenia się chorób płuc, krążenia, trawienia i innych, widzi w podrażnieniu nerwu błędnego, jakie ma miejsce we śnie.

Salmon buduje nawet teorię wegetatywną snu, opierając się na tem, iż n. błędny podtrzymuje sen, zaś współczulny go hamuje; w życiu płodowym oraz oseskowem jest staly, a potem obfity sen, uwarunkowany przez czynność grasicy, należącej znowu do grupy wago-tonicznej. Salmon dochodzi do wniosku, że u ludzi płat tylny przysadki, jako przynależny do grupy wago-tonicznej, wzgl. jako hamujący ukl. współczulny, ma dla snu znaczenie pierwszorzędne, a jako dowody tego przytacza: 1) wyciąg tylnego płatu przysadki, wstrzyknięty do komór mózgowych, wywołuje senność (Stern, Battelli i Jufflet); 2) dobre działanie tego wyciągu w niektórych przypadkach zespołów przysadkowych, przebiegających z bezsennością, zwł. w cukrówe prostej z bezsennością; 3) zwiększenie snu w przypadku przerostu i przekrwienia przysadki (ciąża, akromegalia początkowa, kastracja i t. d.). Mechanizm snu wyobraża sobie Salmon w ten sposób, iż, im dłużej trwa stan czuwania z jego wymogami i produktami trującym, tem silniej reaguje czynność przedniego płatu przysadki na działające nań jady; na skutek solidarności czynnościowej pobudza się też i tylny płat do coraz to silniejszego wydzielania i przez swe naczyniozwężające działanie wywiera wpływ hamujący na leżące w jego sąsiedztwie ośrodki współczulne, przez co dochodzi do przewagi układu autonomicznego. Tak samo Z. Bychowski¹³⁾ na podstawie spostrzeżeń, iż szereg za-

burzeń, jak zatrzymanie miesiączki u kobiet, obniżenie potencji u mężczyzn, polifagja, poliurja, poli-dipsja, spotykają się w przebiegu zapalenia śpiączkowego mózgu, sądzi, iż przysadka odgrywa rolę dominującą w regulacji snu, zczem przemawiać mają przypadki guzów przysadki, przebiegające z bezsennością (*hyperpituitarismus*), oraz spostrzeżenia Cushinga, dotyczące śpiączki w przypadkach *hypopituitarismus*. Dżś jednakże wiemy, iż wiele z wymienionych zespołów jest wynikiem działania ośrodków, usadowionych w międzymózgowiu, a przysadka ze swą wydzieliną odgrywa jedynie rolę czynnika pobudzającego; z drugiej zaś strony, ponieważ zmiany w międzymózgowiu są w nagminnem zapaleniu mózgowia predystrykcyjne, uważać wypada przypisywanie przysadce roli, dominującej w regulacji snu za nieusprawiedliwione. Teoria hormonalna nie może, zresztą, tłumaczyć nam rytmy snu i czuwania.

Nie należy zatem uważać zmian w układzie roślinno-dokrewnym, spostrzeganych w czasie snu, za przyczynę, lecz za objawy towarzyszące stanowi snu.

Wszelkie inne teorie, zmierzające do wyświetlenia genezy snu, wzgl. aparatu, regulującego sen, podzielić można na dwie duże grupy: pierwsza — obejmuje zapatrywania, umiejscawiające w korze mózgowej procesy, stwarzające podłoże dla stanów snu i czuwania; druga zaś — poglądy, według których przyczyna snu tkwi w częściach mózgu podkorowych, głębiej leżących, posiadających pewnego rodzaju ośrodek snu.

Przeciwnicy drugiej grupy zapatrywań powiadają, iż nie należy wogóle doszukiwać się istnienia jakiegoś zlekalizowanego ośrodka dla snu, czy też dla czuwania, lecz opierając się na warunkach, w jakich sen powstaje, twierdzą, iż może on być wynikiem bądź znużenia, bądź wyłączenia podrażnień i wszelkich bodźców działających, bądź, wreszcie wewnętrzne zahamowanie. Za tem przemawiać mają te przyzwyczajenia, jakie czyni człowiek, układający się do snu, a mianowicie celowe wyłączenie wszelkich wrażeń, jak optycznych (zamknięcie powiek, zgaszenie światła), słuchowych (cisza), dotykowych (pozioma pozycja dla zmniejszenia wrażeń kinestetycznych), cieplnych (obojętna ciepłota) i t. d.; za tem przemawiać ma znany przyp. Strümpfla, dotyczący głuchego na jedno ucho i ślepego na jedno oko, który zapadał natychmiast w głęboki sen, skoro zamykał mu drugie oko i zatykał drugie ucho.

To, iż zahamowanie wewnętrzne odgrywa rolę niepoślednią w powstawaniu snu, wynika chociażby z faktu, iż, zasypiając, staramy się odwrócić od przeszkadzających wyobrażeń i całą naszą uwagę skoncentrować na wyobrażeniu snu; zresztą, sposoby hipnotyczne, jak słusznie zaznacza Ebbekke, zdążają do wyłączenia podrażnień i przy pomocy jednostajnych bodźców zmysłowych do wywołania, wzgl. sugerowania wyobrażeń snu.

(Dok. nast.).

9) Mingazzini, Enceph. leth. Zeitschr. f. d. Ges. Neur. u. Psych. Bd. 63, 1921.

10) Bauer, Deutsche Arch. f. Klin. Med. Nr. 39. Bd. 107. 1912.

11) Heilig i Hoff, Klinische Woch. Nr. 46, p. 2195, 1925.

12) Laignel — Levastine, La clinique du sommeil Journ. méd. franc. T. 15, Nr. 11, 1926.

13) Z. Bychowski, Zur Pathogenese eigenartigen Schlafstörungen nach Encephalitis lethargica, Zeitschr. f. N. u. P. Bd. 76, p. 508, 1922.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału ucwewnętrznego szpitala gminy żydowskiej w Berlinie.

(Ordynator: Prof. H. STRAUSS).

Spostrzeżenia kliniczne nad rozszerzeniem przelyku na tle kurczu wpustu.

Podał

H. STRAUSS (Berlin).

Rozszerzenie przelyku na tle kurczu wpustu zdarza się o wiele częściej, aniżeli bywa rozpoznawane. Guisèz uważa, że stanowi cno $\frac{1}{6}$ część wszystkich przypadków schorzeń przelyku, według mnie liczba ta jest nieco przesadzona. Osobiście spostrzegalem w ciągu ostatnich 30 lat nie więcej, niż 3 — 4 tuziny niewątpliwych przypadków tego cierpienia. Według Tiedinga ma ono występować u mężczyzn 2 razy częściej, niż u kobiet. W moim materiale liczba mężczyzn była przeszło 5 razy większa od liczby kobiet. Aczkolwiek głównie napotykały to cierpienie u osobników w średnim wieku, nie jest ono rzadkością nawet u chorych powyżej lat 60-ciu. W szeregu dawniejszych prac stanąłem na stanowisku, że należy rozróżnić 2 okresy tej choroby: utajony i jawny. Uważam też, że ostry początek objawów klinicznych niekoniecznie jest równoznaczny z początkiem choroby, jako takiej. Miałem bowiem możność obserwowania szeregu przypadków, w których mimo trwania choroby objawy kliniczne znikły zupełnie, by w pewnej chwili znów wystąpić, i to z czasem nawet w postaci ostrej. Rozszerzenie przelyku na tle kurczu wpustu jest pod względem klinicznym chorobą wybitnie „nawrotową“. Jak długo objawy kliniczne mogą pozostawać w stanie utajonym, tego, między innymi, najlepiej dowodził przypadek, który mam w obserwacji od przeszło 23 lat, i który tu przytaczam, jako ilustrację wypowiedzianych tu poglądów. Przypadek ten był w swoim czasie ogłoszony przezemnie w Nr. 49 Berl. Kl. Woch. z r. 1904, poświęconym 70-jej rocznicy urodzin Senatora.

Oto, co o nim pisałem:

Chory, 30 letni starlar R. N., został w dniu 9.III 1904 roku przyjęty do III-iej kliniki lekarskiej. Ojciec chorego zmarł na gruźlicę krtani, Matka i 4-ro rodzeństwa żyją i są zdrowi. W dzieciństwie chorób nie przechodził. W ostatnim roku chorował na odrę i błonicę. W r. 1900 przebywał przez pewien czas w uzdrowisku nad jeziorem Grabow („Grabowsee“) z powodu kataru płuc. Choroba obecna ma trwać ok. 10 lat, atoli już przedtem miał lekkie napady utrudnionego polykania i zgagę. Podczas służby wojskowej w 1895/7 objawy te nasiliły się. Mógł polykać wyłącznie, popijając płynem, i miał wrażenie, że pokarmy nie dochodzą do żołądka. Skarżył się na ogólne osłabienie, zawroty i bóle głowy, lecz nie wymiotował. Dopiero później, od r. 1899, wystąpiły wymioty, i to zwykle na godzinę po jedzeniu szczególnie po energiczniejszych ruchach. W pozycji leżącej nie mógł polykać. Wymiociny były bardzo obfite, zawierały ostatnio spożyte pokarmy w prawie niezmięnionej postaci, miały lekko kwaśny zapach, były gęste, z obfitą domieszką śluzu. Z czasem nauczył się chory wywoływać wymioty dowolnie, co mu przynosiło ulgę. Resztki dawniej spożytych pokarmów nie występowały nigdy w wymiocinach bez obecności w nich pokarmów spożytych w międzyczasie.

Częste wymioty spowodowały silne wycieńczenie chorego, który w chwili przyjęcia do szpitala ważył tylko 106 funtów. Skarży się obecnie na bóle, występujące od czasu do czasu w okolicy żołądka na lewo od linii środkowej. Pił zawsze umiarkowanie, chorób wenerycznych jakoby nie przechodził.

Badanie przedmiotowe wykazuje: osobnik średniego wzrostu, wątłej budowy wycieńczony i blade. Skóra bardzo sucha i łatwo ujmuje się w fałdy. Mięśnie i kościec średnio rozwinięte. Podściółka tłuszczowa bardzo skąpa. Obrzęków, wysypki, gruczołów powiększonych, ani gorączki niema. Badanie płuc wykazuje lekkie stłumienie nad szczytem prawego płuca i oddech oskrzelowy. Płwocina skąpa, zawiera pojedyncze laseczniki gruźlicy. W sercu zmian niema. Tętno miękkie, małe, 66 na minutę. Lekka wrażliwość na ucisk w nadbrzuszu na lewo od linii środkowej. Mocz jasny, o dobowej ilości 800 cm³, białka i cukru nie zawiera.

Badanie przelyku przy pomocy zgłębnika wykazuje obecność gęstej, papkowej treści, o ostrym zapachu kwaśnym, bez widocznej oznaki strawienia; przy badaniu drobnowidzowem: leukocyty, komórki nabłonkowe z przelyku oraz długie laseczniki. Odczyn kwaśny. Kwasu solnego wolnego brak, ślady kwasu mlekowego. Przy dalszym posuwaniu zgłębnika i jednocześnie wdmuchiwanu powietrza, przedostajemy się do żołądka, co stwierdzamy słuchowo na podstawie szmeru bulgotania w żołądku. Z żołądka otrzymano około 20 cm³ treści płynnej mętnej, wyglądającej zupełnie inaczej, niż wydobyta zawartość przelyku, bez wolnego kwasu solnego, lecz o sile trawiennej według Metta — równiej 8 mm. Określenie pojemności żołądka za pomocą podanego przeze mnie przyrządu daje 350 — 500 cm³.

Chory otrzymuje pożywienie przez odbytnicę, przez usta tylko niewielkie ilości oliwy, masła i mleka oraz 4 razy dziennie szczyptę tanniny.

Już po 14 dniach widoczna jest znaczna poprawa, dobową ilość moczu dochodzi do 1500 — 2000 cm³. Do dnia 29.III choremu przybyło 9 funtów, treść żołądkowa tego dnia wykazuje wolny HCl. Dowóz pokarmów przez usta zostaje powiększony, chory czuje się dobrze. Przeciwno nieżyłowi przelyku, wyrażającemu się w dużej ilości wydzielanego śluzu, stosowane są przepłukiwania z wody Emskiej i rozczynu azotanu srebra. W dniu 21.III przyrost wagi wynosił 21 funtów, bóle ustąpiły, wydzielanie śluzu nieznaczne, wobec czego przystąpiono do rozciągania wpustu. Dnia 24.III chory zostaje wypisany z wagą 134 funty — a więc ze wzrostem wagi o 28 funtów, — z poleceniem, aby przychodził systematycznie do szpitala celem stosowania rozciągania wpustu. Polecenie to chory wykonał około 12 razy. Przez szereg miesięcy chory czuje się dobrze, nie ma bólów i nie traci na wadze. Dnia 3.XI waży 130 funtów, jest zdolny do pracy, ale pojemność przelyku wynosi 420 mm. Zastój pokarmów w przelyku wprawdzie nie ustal zupełnie, ale jest bardzo nieznaczny.

W międzyczasie oglądałem chorego wielokrotnie, demonstrując go niekiedy na wykładach. Przy tej okazji chory był wielokrotnie przezemnie badany, przy czem stale stwierdzałem wybitne rozszerzenie przelyku, chociaż chory na bóle się nie skarżył. Latem roku zesłego chory zgłosił się ze skargami zupełnie podobnymi do ówczesnych z przed lat 23 i został przyjęty do szpitala, gdzie stwierdzono, co następuje:

Do stycznia 1927 r. chory nie miał żadnych lub nieznaczne tylko dolegliwości przy polykaniu twardych pokarmów. Od stycznia 1927 r. dolegliwości te powróciły. Gdy chory kładzie się po zjedzeniu pokarmów stałych na grzbiet, pokarmy spożyte wracają do ust. Za pomocą popijania wody, głębokich oddechów, napięcia mięśni udaje mu się pokarmy usuwać z przelyku (do żołądka). Nie wymiotuje, nie ma złego smaku w ustach, lecz czasami zgagę. Od stycznia do lipca 1927 stracił 10 kg. Od wielu lat cierpi na bóle głowy, które ostatnio występują napadami co 2 — 3 dni. Jest bardzo zdenerwowany, często drży na całym ciele. Przed 8 tygodniami musiał porzucić pracę. Sen lichej, apetyt zmienny. Stolce i moczenie regularne. Infekcje neguje. Nie pije, pali 3 cygara dziennie.

Stan w dniu 26.VII 1927 r. Wysoki szczerpek budowy mężczyzna osłabiony, o upośledzonym odżywianiu. Skóra i śluzówki nieco blade, lekko zaznaczona sinica warg. Język wilgotny, lekko obłożony. Uzębienie znośne, kilka zębów sztucznych. Gardziel bez zmian. Serce, płuca i narządy brzuszne zmian nie wykazują. Układ nerwowy: odruchy ścięgnowe żywe, lewy nerw nad- i podoczodołowy wrażliwy na ucisk. Ciężota ciała normalna. Ciśnienie krwi 125/175. Mocz i kał bez zmian. Odczyn Wassermann'a ujemny. Waga 57,4 kg.

Przełyk: Zgłębnikiem wydobyto z przelyku resztki po-

karmowe. Prześwietlenie przelyku: papka przechodzi szybko aż do wpustu, zatrzymuje się tu i wypełnia silnie rozszerzoną dolną część przelyku o szerokości około 8 cm. Na przedniej ścianie fałd perystaltyczne wyraźnie zaznaczone. Dopiero po kilku minutach drobna część papki cienką strugą spływa do żołądka. (W międzyczasie chory dostał napój kontrastowy). Po rozciągnięciu przyrządem Starcka polykanie staje się łatwiejszem. Dnia 16.XI. wypisany. Musi jadać bardzo ostrożnie, popijając płynem. Waga podniosła się o 10,3 kg.

Przytaczam powyższy przypadek na dowód słuszności mojego, już dawniej wypowiedzianego, poglądu, według którego dolegliwości chorego zależą bardziej od momentów wisklających, aniżeli od samego rozszerzenia przelyku. Oddawna więc rozróżniam rozszerzenie przelyku w r ó w n a n e i n i e w r ó w n a n e. Przyczyną dekompensacji jest poza czynnikami psychicznymi głównie nieżyty przelyku. Dlatego też już podczas pierwszej obserwacji chorego przed 23 laty zająłem się przedewszystkiem leczeniem sprawy nieżytowej, dopiero później przystąpiłem do rozciągania, wychodząc z założenia, iż nieżyt na drodze odruchowej wzmaga kurcze. Rozciąganie robiłem wówczas zmienionym przezemnie zgłębnikiem Schreiber'a, obecnie zaś robię je rozszerzaczem Starcka. Samo rozciąganie odbywa się w ten sposób, że wprowadzam przyrząd pod kontrolą promieni Roentgena i oznaczam na jego zewnętrznym końcu zapomecą plastra lepkiego miejsce, odpowiadające zębom, gdy zgłębnik znajduje się na właściwym miejscu.

W leczeniu nieżyty dobre usługi oddają: lekka djeta oraz zwykle przepłukiwanie. W przypadkach uporeczywych stosowałem przepłukiwanie 1% roztworem azotanu srebra z następczem splukaniem roztworem fizjologicznym soli kuchennej w celu zubożenia nia pozostałego w przelyku lapisu. Dobre wyniki zawiądzam także częstym a małym dawkom tanniny, które rozpuszczają się w zalegającej treści przelyku i działają wybitnie ściągająco na jego zapalnie zmienioną śluzówkę. Dobre wyniki, osiągnane za pomoca rozciągania, potwierdzają zależność stanu chorobowego od kurczu wpustu. Z pośród wielu własnych przypadków tego cierpienia w żadnym nie okazała się konieczność zabiegu krwawego. Podczas wojny przypadki podobne były bardzo częste, bądź to wskutek wstrząsów nerwowych, przeżywanych przez ludność, bądź też wskutek grubych pokarmów, które sprzyjały ujawnieniu się stanu chorobowego. Ciekawe spostrzeżenie zrobiłem podczas wojny w prowadzonym przezemnie szpitalu dla chorych z cierpieniami przewodu pokarmowego i przemiany materji: pośród chorych na kurcz wpustu z rozszerzeniem przelyku lub bez niego było wielu dotkniętych wrzodem żołądka lub dwunastnicy, co niejako potwierdza mój pogląd o odruchowym pochodzeniu kurczu wpustu. To też zwykłem we wszystkich tego rodzaju przypadkach doszukiwać się bacznie wrzodu żołądka lub dwunastnicy.

Ponieważ, według mego przekonania, wiele przypadków rozszerzenia przelyku jeszcze i obecnie zostaje przeoczonych, jest rzeczą ważną obok t. zw. „wielkich“ objawów tej choroby, szczególnie uwydatnianych drogą badania promieniami Roentgena, znać także „małe“. Z pomiędzy nich wymienię: kaszel w pozycji leżącej, łatwiejsze lykanie w pozycji stojącej lub siedzącej, niż w leżącej, oraz dodatni wpływ głębokich oddechów i ściskania klatki piersiowej na przepychanie mas pokarmowych do żołądka. Niektórzy chorzy osiągnają ten sam wynik, pijąc napoje gazowe. Opierając

się na powyższych skargach, rozpoznałem niejednokrotnie interesujące nas cierpienie wtedy, gdy inni je przeocza.

Przypadki, w których wymioty wysuwają się na plan pierwszy, często bywają rozpoznawane mylnie, jako cierpienia żołądkowe. Jeżeli jednak zażądamy od chorego dokładnego opisu, jak te „wymioty“ się odbywają, to spostrzeżemy, że przypominają one raczej zwracanie niemowląt, aniżeli prawdziwe wymioty. Ostatecznie rozstrzyga w rozpoznaniu badanie rentgenologiczne, które poucza nas o postaci i stopniu natężenia sprawy chorobowej. Rozszerzenie jest przeważnie typu wrzecionowatego lub też walcowatego, i często mamy do czynienia nietylko z rozszerzeniem przelyku, lecz również i z jego wydłużeniem. To ostatnie częstokroć powoduje kolankowate zgięcie przelyku. Widywałem jednak i rozszerzenie w kształcie werka, kolby lub piramidy. W 2 przypadkach cierpienie powiklane było rakiem, który usadowił się na górnej krawędzi rozszerzenia.

Przytoczony powyżej przypadek, jak również inne podobne przypadki, dowodzą, że można osiągnąć bardzo dobre wyniki, stosując systematycznie leczenie nieżyty przelyku oraz rozciąganie wpustu, tak, że terapię rozszerzenia przelyku na tle kurczu wpustu wolno zaliczyć w ogólności do wdzięcznych zadań lecznictwa.

Przełożył z rękopisu niemieckiego B. Goldstein.

Z Szpitala Dziecięcego Gminy Żydowskiej w Wilnie.
(Lek. Nacz.: Dr. H. KOWARSKI).

Dwa przypadki gruźliczego zakażenia noworodków podczas obrzezania.

Podał

L. BARANOWSKI (Wilno).

Zakażenia gruźlicze dzieci podczas obrzezania rytualnego znane są oddawna, i każdy podręcznik, omawiając gruźlicę dziecięcą, wspomina o tym sposobie zakażenia. Zaszczepienie zarazka do rany może nastąpić, jeżeli po obrzezaniu osobnik z otwartą gruźlicą wysię ranę ustami¹⁾. Choroba przebiega najczęściej w postaci gruźlicy wrzodziejącej skóry z umiejscowieniem na napletku, pozatem gruczoly pachwinowe ulegają zmianom gruźliczym. Według Bernharta ta ta postać gruźlicy skóry ma przebieg bardzo złośliwy i daje 40 — 50 procent śmiertelności. W innych przypadkach rana goi się *per primam*, prątki zaś dostają się do krwiobiegu, powodując zmiany gruźlicze w innych narządach, wzgl. gruźlicę prosówkową. Przypadki gruźliczego zakażenia przy obrzezaniu zostały opisane przez licznych autorów (Bernhardt, Lubliner, Arluk, Winokuroff, E. Wolff, Lehmann, Löwenstern). Holt zestawiał 41 przypadków z literatury. W 1894 roku w m-ku Podbrodzie (ziemi Wileńskiej) osobnik z otwartą gruźlicą zakaził w ten sposób sześćoro dzieci (obserwacje D-ra Gierszun). Po tej endemji wysysanie rany

1) Obrządek obrzezania rytualnego składa się z trzech aktów: 1) cięcia, 2) naddarcia napletka czyli obnażenia żołądki, 3) wysysania rany.

ustami podczas obrzezania zostało wzbronione przez Rabinat Wileński, i obecnie podobne przypadki zdarzają się w Wileńszczyźnie wyjątkowo rzadko. Z tego właśnie względu podaję do wiadomości ogólnej dwa przypadki, obserwowane w Szpitalu Dziecięcym Wileńskiej Gminy Żydowskiej.



Przypadek 1²⁾. U. Lejba, 4 mies. z m. Bresław wojew. Wileńskiego. Przyjęty do szpitala 10.V 1927 r. Wywiady: Pierwsze dziecko, urodzone na czasie, waga przy urodzeniu 3600 gr. Rodzice zdrowi. Obrzezania dokonano ósmego dnia, przytem osobnik, który ten zabieg wykonał, wyssał ranę ustami. Po dwóch miesiącach matka zauważyła na członku dziecka w miejscu obrzezania mały guzek, który zwiększał się stopniowo, następnie pękł, wydzielila się ropa, i powstało niewielkie owrzodzenie. Podobne guzki w większej liczbie zjawiają się od tego czasu na prąciu, następnie pękają i ulegają owrzodzeniu. Ostatnio zwiększyły się gruczolę pachwinowe. Ciepłota ciała przez cały czas normalna. Przy oddawaniu moczu dziecko nie płacze. Karmienie naturalne, ssie dobrze. Stan obecny: dziecko w stanie eutrofji, waga 6.820 gr., trzyma główkę dobrze. Układ kostny, mięśniowy, nerwowy, jak również narządy wewnętrzne bez zmian. Prącie zniekształcone i obrzmiałe (patrz ryc.); w miejscu napletka duże owrzodzenie o dnie twarde, pokrytem wydzielina ropną, brzegi owrzodzenia twarde, podminowane; żółdź zaczerwieniona i obrzmiała. W przegubie pachwinowym lewym duży gruczol wielkości jaja kurzego, nieruchomy względem podstawy, chelboczący wyraźnie, skóra ponad nim zaczerwieniona. Gruczolę pachwinowe prawe macalne, twarde, wiel-

2) Przypadek demonstrowany na Posiedz. Wileńsk, Towarzystwa Pedjatryczn. dn. 10.V 1927 r.

kości fasoli, ruchome, skóra niezmienniona. Ciepłota ciała 36,70. Dziecko oddaje moczo normalnie. W wydzielinach z rany prątków Kocha, ani też krętków bladych nie znaleziono. Odczyn Pirqueta wybitnie dodatni, Wassermann'a i Meinieckiego ujemne. Badanie krwi: Leukocytów — 29.000! Morfologicznie: Bas.—0, Eozyn. 1/2, Miod. 3, Paleczk. 15, Segment. 33 1/2, Mon. 1, Limf. 47. Po przecięciu zropiałego gruczolę pachwinowego wydzielila się typowa ropa gruczolę, posiew z tej ropy wypadł jałowy. Rozpoznanie: gruczolę zakażenie skóry. Leczenie polegało na stosowaniu środków higieniczno-djetetycznych; miejscowo zaś trzykrotnie przypalono ranę termokauterem; kosmetycznie osiągnięto znaczną poprawę. Dziecko obserwowaliśmy w szpitalu dwa tygodnie, przybywało mu na wadze, ciepłota normalna, wypisane w stanie dobrym.

Przypadek 2. S. Józef, 4 1/2 mies., z m. Bresław, wojew. Wileńsk, przyjęty dn. 29.V 1927 r. Urodził się na czasie, rodzice zdrowi. Ósmego dnia obrzezanie z wysysaniem rany, wykonane w tym samym dniu przez tegoż osobnika, co w przypadku poprzednim. Po miesiącu w miejscu obrzezania zjawily się dwa małe guzki. Nieco później zwiększyły się gruczolę pachwinowe obustronnie. Ciepłota ciała przez cały czas normalna, Karmienie naturalne, ssie dobrze. Stan obecny: Dziecko dobrze odżywione, waga 6920 gr. Układ kostny wykazuje zmiany krzywice. Narządy wewnętrzne bez zmian. W miejscu napletka dwa małe guzki wielkości lepka szpilki, twarde, zrosnięte ze skórą, zabarwienia sinawego. Gruczolę pachwinowe obustronnie powiększone, ze strony lewej przetoka, z której wydzielila się ropa. Pirquet wybitnie dodatni. Badanie histologiczne guzka, wyciętego z napletka, wykazało tkankę gruczolę z typowemi gruzelkami (badanie wykonane w Zakł. Anatomji Patologicznej U. S. B.) Dziecko obserwowaliśmy przez siedm dni — stan ogólny dobry, przybywało mu na wadze, ciepłota ciała normalna.

Według otrzymanych informacji dzieci te dotychczas rozwijają się normalnie i mają się naogół dobrze. Trzecie dziecko, któremu ten sam osobnik wykonał obrzezanie w tym samym dniu, wkrótce zmarło. Nie ulega wątpliwości, że w obu przypadkach niemowlęta zostały zakażone przez osobnika z otwartą gruczolę, z którego płwociny przy wysysaniu rany dostały się do niej prątki Kocha. Dowiedziałem się również, że osobnik ten zmarł z powodu gruczolę rozpadowej płuc.

Przypadki powyższe są ciekawe nie tylko ze względu na sposób zakażenia i rzadkość występowania, lecz również wskutek odmiennych zmian miejscowych u obojga dzieci: u pierwszego zmiany miejscowe zjawily się w dwa miesiące po zakażeniu i doprowadzily do zupełnego zniekształcenia prącia, u drugiego — zmiany miejscowe pozostały minimalne. W obu przypadkach sprawa ograniczyła się na razie do zmian miejscowych.

PIŚMIENNICTWO.

Lehmann: D. Med. Woch. 1886, Nr. 9; Eisenberg: B. Kl. Woch. 1886, Nr. 35. Lubliner, Gazeta Lekarska 1890, Nr. 25. Bernhardt. Gazeta Lekarska 1900, Nr. 32; Jahrb. f. Kind. 1901. E. Wolff. B. Kl. Woch. 1921, Nr. 52.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

pod Kierunkiem M. GANTZA

Streszczenia zbiorowe.

Z oddziału wewnętrznego „B“ Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

(Ordyntor: doc. dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

O hormonie jajnikowym.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

Nauka o wydzielaniu wewnętrznem opanowała w ostatnich dziesiątkach lat prawie wszystkie dzie-

dziny medycyny. Szczególnie wielkie zastosowanie znajduje ona, zwłaszcza w stosunku do kobiet, w zakresie gruczolów płciowych. Przez długi jednak okres czasu nauka o wydzielaniu wewnętrznem gruczolów płciowych posuwała się naprzód bardzo powoli. Za pomocą dotychczas stosowanych metod badania klinicznego i doświadczalnego, a mianowicie, usuwania gruczolów płciowych, przeszczepiania ich oraz

stosowania najróżnorodniejszych wyciągów—nie udało się dojść do dokładniejszego poznania istoty kobiecego hormonu płciowego. Wydawało się, że nauka o wydzielaniu wewnętrznym jajników stanęła na martwym punkcie. Wykryto i poznano dokładnie hormony nadnercza, trzustki, tarczycy, a właśnie w dziedzinie hormonów płciowych, na których dokonano jednych z pierwszych spostrzeżeń o hormonach w ogóle, udało się stosunkowo najpóźniej dojść do ich istotnego poznania. Zasadniczy krok naprzód od r. 1889, kiedy to Brown-Sequard położył podwaliny pod naukę o hormonach płciowych,, przedstawiając swój „Liquide testiculaire“, otrzymany z jąder świnek morskich, nastąpił dopiero obecnie przez wykrycie nowych sposobów otrzymywania, oczyszczania i miareczkowania hormonu jajnikowego.

Badań nad hormonami płciowymi dokonano bardzo wiele, ale dotyczyły one przeważnie ciał, które z istotnymi hormonami nie miały wiele wspólnego. Powodem tego były trudności otrzymania hormonu w stanie czystym oraz zupełny brak dostatecznie czułego na hormon odczynnika. Hormon jajnikowy udało się poznać dokładniej dopiero z chwilą, gdy w cyklicznych zmianach rui kastrovanych szczurów, zachodzących pod wpływem wstrzykiwania zawierających hormon preparatów, udało się znaleźć dostatecznie wrażliwy na hormon odczynnik. Metoda ta posłużyła nie tylko do wykazywania obecności hormonu jajnikowego, ale umożliwiła również i jego obliczanie w narządach lub wyciągach z nich.

Postępy, które w ostatnich latach osiągnięto w tej tak trudnej do poznania dziedzinie, zawdzięczamy przede wszystkim badaczom amerykańskim. Podstawą tych postępów były badania anatomiczne Stockarda i Papanicolaou, którzy odkryli i zbadali dokładnie ściśle określone zmiany okresowe, zachodzące pod wpływem hormonu jajnikowego w wydzielinie pochwowej szczurów, i ustalili stosunkowo prosty sposób stwierdzania tych zmian. Spostrzeżenie to rozwinęli szczegółowo i wykorzystali dla badania hormonu wielce zasłużeni dla omawianej sprawy Allen i Doisy. Odkrycia badaczy amerykańskich umożliwiły dalsze liczne badania chemiczne i farmakologiczne i otworzyły drogę do stosowania kliniczno-terapeutycznego.

Liczne badania uprzednie tracą przeważnie w porównaniu z badaniami, opartymi na nowej metodzie, całkowitą swą wartość, albowiem nie posiadają żadnego probierza i donoszą o substancjach, których wartość dla swoistego wpływu na kobiece narządy płciowe musi być uznana jako bardzo wątpliwa. Cały szereg najróżnorodniejszych preparatów jajnikowych, którym przypisywano zawartość hormonalną, okazał się swoiście nieczynny; nie mogło, zresztą, być inaczej ze względu na wytwarzanie ich bez żadnej kontroli biologicznej wobec jej braku.

Metoda stwierdzania zmian, zachodzących w pochwie kastrovanych szczurów pod wpływem działania hormonu jajnikowego, polega na następującem. Stockard i Papanicolaou, Long i Evans oraz Allen i Doisy wyjaśnili dokładnie ściśle związek między dojrzewaniem pęcherzyków jajnikowych i zmianami nabłonkowymi w narządach płciowych szczura i myszy. Porównanie preparatów histologicznych pochwy z rozmazem treści pochwowej od-

powiedniego okresu wykazało, że rozmaz zawiera komórki swoiste dla każdego okresu. Przez wydobycie treści z pochwy i jej badanie drobnowidzowe jesteśmy w stanie rozpocząć zależny od czynności hormonu okres rozwoju narządów płciowych w danej chwili. Rozmaz tej treści przedstawia obraz charakterystyczny dla każdego okresu rui lub spokoju. Kastrowane samice stale wykazują obraz spokoju. Allen i Doisy i ich szkoła wykazali, że wstrzykiwania płynu pęcherzyka jajnikowego zmieniają obraz swoisty dla okresu nieczynności w obraz swoisty dla zachodzącej pod wpływem hormonu rui. Zmiany te można osiągnąć nie tylko przy pomocy niezmiennego płynu pęcherzykowego, ale również i przez wyciągi z niego lub z łożyska.

Zmiany pochwowe okresu spoczynku i rui gryzoniów są następujące: nabłonek pochwowy w okresie spoczynku składa się zaledwie z 2—4 warstw komórek, przez które przenikają jedynie liczne ciałka białe; komórek nabłonkowych nie widzimy na rozmazie prawie wcale (okres spokoju — *diöestrus*). Podczas rui liczba warstw nabłonka wzrasta do 8—14, przy czem warstwy górne częściowo rogowacieją i tracą jądra (okres rozwoju — *proestrus*); przeszkadza to przenikaniu ciałek białych, których na rozmazie z tego okresu widzimy coraz mniej; ustaje również swoiste dla okresu spoczynku wydzielanie śluzu. Odpowiednio do tych zmian stwierdzamy w wydzielinie pochwowej jedynie złuszczone komórki nabłonkowe, tracące w miarę trwania procesu swe wyraźne uprzednio jądra i częściowo rogowaciejące. Charakterystyczną cechą rozmazu z tego okresu jest więc prawie zupełny brak ciałek białych i opanowanie obrazu przez komórki nabłonkowe. Obraz ten nazywamy obrazem dodatnim—swoistym dla ustroju, będącego w danej chwili pod wpływem hormonu jajnikowego. Okres ten przechodzi szybko w pełną ruję (*oestrus*), cechującą się na rozmazie wysocem swoistym obrazem dużej liczby zrogowaciałych komórek nabłonkowych o niebarwiących się jądrach. Następnie nowowytworzony nabłonek zostaje przeważnie złuszczone, ciałka białe znowu się ujawniają—jest to przejściowy okres powrotu do stanu spokoju (*metoestrus*), przechodzący stopniowo w okres spoczynku — *diöestrus* — w którym przy badaniu rozmazu ciałka białe i śluz znowu przeważają wybitnie nad komórkami nabłonkowymi—nazywamy to obrazem ujemnym, charakterystycznym dla okresu spoczynku.

Dodatni obraz rozmazu pochwowego szczura lub myszy można uważać za pewną oznakę swoistego wpływu hormonu na narząd płciowy, wpływu, odpowiadającego zmianom, zachodzącym w warunkach normalnych. Zwierzęta kastrowane stale wykazują ujemny obraz rozmazu pochwowego. Wystarczy jednak wstrzyknąć im pod skórę zawartość dojrzałego pęcherzyka jajnikowego, aby powstał typowy obraz dodatni, świadczący niewątpliwie o odbywającej się rui. Wynik przytem badania mikroskopowego preparatu tak dalece nie nasuwa żadnych wątpliwości, że np. Laqueur, badając przeszło 50.000 preparatów, nie znalazł nawet 1% takich, co do których jego współpracownicy wahałoby się, czy preparat należy uważać za dodatni, czy ujemny.

Według Zondeka bodźce nieswoiste nigdy nie są w stanie wywolać u kastrowanej myszy okresu pełnej rui. Jest to w stanie uczynić wyłącznie hormon jajnikowy. Na tej podstawie Zondek uważa, że ba-

dlanie zmian pochwoowych kastrowanych myszy przedstawia doskonałą i dokładną metodę dla biologicznego wykazania hormonu jajnikowego, metodę, jedną z najładniejszych, jakimi w biologii rozporządzamy. Technikę należy, oczywiście, opanować bez zarzutu, aby uniknąć wszelkich możliwych źródeł błęd.

Według badaczy amerykańskich zawierający hormon wyciąg płynu pęcherzykowego rozpuszcza się jedynie w płynach, rozpuszczających tłuszcze, w wodzie zaś nie rozpuszcza się wcale. Na tej podstawie autorzy amerykańscy uważali, że hormon jajnikowy przedstawia lipid nierozpuszczalny w wodzie, i że można go wstrzykiwać zwierzętom jedynie w oliwie. Jest wielką zasługą Z o n d e k a wykazanie, że ogólnie przyjęta teoria amerykańska, iż hormon jest ciałem tłuszczowatym, nie odpowiada rzeczywistości. Nierozpuszczalność hormonu w wodzie zależy, według Z o n d e k a, jedynie od istniejącego w ustroju połączenia hormonu z ciałami tłuszczowatymi, od których podczas procedury otrzymywania hormon nie został dostatecznie oczyszczony. Badania Z o n d e k a, który pierwszy otrzymał czynne wodne wyciągi hormonu, zostały następnie potwierdzone przez amerykańskich uczonych Frank a i Gustavsona. I. aaqueur, Hart de Jongh i Wijsenbeck tak dalece oczyścili hormon od wszelkiego zbytecznego balastu, że otrzymali preparat (który nazwali menformonem) o niezwyklej wprost sile działania: wystarczy bowiem 0,001 mg. menformonu do spowodowania w pochwie kastrowanej myszy wyraźnych, utrzymujących się do 96 godzin zmian morfologicznych, charakterystycznych dla odbywającej się rui.

To działanie, to znaczy wywoływanie rui, którą rozpoznajemy na podstawie stwierdzenia odpowiednich zmian obrazu rozmazu pochwoowego, zostało użyte dla określenia wartości preparatów.

Pod mianem jednostki hormonu jajnikowego rozumiemy w Europie jednostkę mysia, która przedstawia najmniejszą ilość określonej substancji, będącej w stanie wywołać ruję w postaci swoistych zmian pochwoowych u myszy, kastrowanych co najmniej przed 4 tygodniami i wykazujących w tym czasie przy ścisłej kontroli zupełny brak jakiegokolwiek okresowych zmian pochwoowych, czyli wykazujących stale ujemny obraz rozmazu. Tę minimalną dawkę dziełi się zwykle na 4 — 6 wstrzykiwań i wymaga się od niej, aby doprowadziła w ciągu 72 godzin do zniknięcia ciałek białych z rozmazu pochwoowego, czyli zamieniła ujemny dotychczas obraz rozmazu na dodatni. Z o n d e k krótko określa jednostkę mysia, jako najmniejszą ilość określonego preparatu, doprowadzającą kastrowaną mysz do rui. Amerykańska jednostka Allena i Doisy dotyczy szczura.

Dokładność obliczania ilości zawartego w danym preparacie hormonu jest już tak duża, że obliczenia porównawcze różniły się zaledwie o 15—20%, czyli, że sprawdzian dawkowania, preparat mysz, jest dostatecznie czuły i może być uważany za miarodajny.

Stosunkowo czysty hormon udaje się najlepiej otrzymać z płynu pęcherzykowego lub z łożyska, hormon z całego jajnika okazuje się znacznie więcej zanieczyszczony i zawiera liczne domieszki nieczyste.

W sprawie poznania umiejscowienia hormonu w jajniku ludzkim najbardziej zasłużyli się Z o n d e k i A s c h e i m. Poszczególne części jajników, otrzymanych podczas operacji, badali oni na zawartość hor-

monu w ten sposób, że wszczepiali je do mięśni kastrowanych myszy. Obecogatkowa tkanka narządu szybko się rozpadła, i wówczas dochodziło do skutku wessanie się hormonu. O ile przeszczep zawierał hormon w dostatecznej ilości, mysz dostawała rui.

W korze jajnika, jak się okazało, hormonu niema. Małeńkie pęcherzyki okresu pomiesiączkowego hormonu również przeważnie nie zawierają, czyli, że hormonu w tym okresie jest bardzo mało, znajduje się on dopiero *in statu nascendi*. W okresie międzymiesiączkowym hormon znajduje się stale w ścianie dojrzałego do pęknięcia pęcherzyka. Jama pęcherzykowa jest pozątem wypełniona zawierającym hormon płynem — sokiem pęcherzykowym. Podczas miesiączkowania zawierające hormon ciałko żółte traci go, tak, że ciałko żółte pomiesiączkowe hormonu już nie zawiera wcale. W początkowym okresie ciąży po pęknięciu pęcherzyka nosicielem hormonu jest ciałko żółte. Stężenie hormonu jest wówczas największe.

Wynika z tego, że wytwarzanie hormonu w ustroju ludzkim odbywa się okresowo, jest najmniejsze w okresie pomiesiączkowym, a największe w okresie przedciążowym, że jest ono ściśle związane z aparatem pęcherzykowym jajnika, i że płyn pęcherzykowy przedstawia fizjologiczne stężenie hormonu.

Wobec tego, że hormon jajnikowy zostaje wytwarzany przez aparat pęcherzykowy, Z o n d e k uważa za najwłaściwszą dlań nazwę — analogicznie do insuliny — follikulina (nazwę tę po raz pierwszy wprowadził G. Klein).

Powstający w dojrzewającym pęcherzyku hormon przenika przy jego doskonałym unaczynieniu do krwi, po pęknięciu zaś pęcherzyka zawierający hormon płyn wylewa się do jamy brzusznej i również przenika do ustroju. Dochodząc do narządów płciowych, powoduje w nich zmiany, mające na celu przygotowanie najlepszych warunków do zapłodnienia jaja. Przy dalszym zaś rozwoju jaja hormon poza dojrzałym pęcherzykiem powstaje również w łożysku i dba o stały wzrost macicy podczas ciąży. Dotychczas nie wiedzieliśmy właściwie, dlaczego macica podczas ciąży rośnie. Pogląd, że ją mechanicznie rozciąga płód, jest bardzo naiwny. Wpływ hormonu na wzrost macicy wykazał w szeregu przekonujących doświadczeń L o e w e.

Poza to wpływa hormon na części gruczołowe gruczołów mlecznych i przygotowuje je do wytwarzania mleka.

O ile jajo nie zostało zapłodnione, zamiera ono. Wobec braku hormonu (brak dojrzałego pęcherzyka i łożyska) uwarunkowane przez hormon zmiany narządów płciowych cofają się.

Co do ilości hormonu, wytwarzanego przez ustrój ludzki w poszczególnych okresach, Z o n d e k otrzymał dane następujące: w okresie pomiesiączkowym można otrzymać z jajnika około 1 jednostki mysiej (j. m.). W okresie międzymiesiączkowym miąższ jajnika zawiera około 2 j. m., a płyn pęcherzykowy zależnie od stopnia dojrzałości 2 — 4 j. m., z jajnika jako całości można wobec tego otrzymać w tym okresie 4—6 j. m.

Z wylewającej się do jamy brzusznej treści pękniętego pęcherzyka przenika do ustroju, jak z danych powyższych wynika, 2 — 4 j. m. Wytwarzające się w okresie przedciążowym ciałko żółte zawiera 8 j. m. W okresie miesiączkowania w jajniku hormonu niema wcale lub występuje on w minimalnej, trudnej do wykazania ilości.

Jajnik ludzki wytwarza więc stosunkowo niewielką ilość hormonu; nie powinno nas to, zresztą, dziwić, wiadomo bowiem, że hormony są biologicznie czynne nawet w minimalnych ilościach.

Doświadczenia nad hormonami myszy, szczurów, świń, koni, krów i ludzi przemawiają za tem, że istnieje tylko jeden ogólny hormon jajnikowy, wszystkie bowiem wspomniane hormony, pomimo tak różnego pochodzenia, wywierają na zwierzę doświadczalne wpływ ściśle jednakowy.

Otrzymanie hormonu w większej ilości, która pozwoliłaby na dokładniejsze poznanie go i przeprowadzenie badań doświadczalnych i klinicznych na większą skalę, przedstawia ogromne trudności. Jeżeli się np. korzysta z płynu pęcherzykowego krów, stosunkowo najłatwiejszą do otrzymania, to potrzeba około 1,000 litrów płynu, pochodzącego od około ½ miliona zwierząt, dla otrzymania 1 gr. czystego hormonu. Rozcieńczenie bowiem hormonu w płynie pęcherzykowym lub w łożysku wynosi 1:1,000,000.

Obecne udoskonalenie techniki otrzymywania hormonu umożliwiło wydobywanie go prawie bez strat; jest to bardzo ważne, gdyż dotychczasowe otrzymywanie hormonu było tak kosztowne, że dla celów praktycznych wcale nie mogło wchodzić w rachubę. Najodpowiedniejszym źródłem hormonu jest płyn pęcherzykowy jajników krowy, gdyż posiada ona pęcherzyki dość duże, przeciętnie wielkości wiśni. Zawartość hormonu w pęcherzyku bywa różna, zależnie przeważnie od jego dojrzałości. Z dużej liczby badań ilościowych Zondlek określa jako przeciętną 1,000 jednostek dla 1,000 cm³ płynu pęcherzykowego, przy wahaniami od 700—1,300. Laqueur zaś znajdował od 600 do 1,600.

Mimo tak dużych trudności, związanych z uzyskaniem hormonu, poznajemy go coraz lepiej i otrzymujemy w coraz czystszej postaci. Ostatnio Laqueur otrzymał preparaty hormonalne, zawierające 1 j. m. w 1/1,000 mg. i to w postaci bezwzględnie bezbiałkowej i doskonale rozpuszczalnej w wodzie, udaje się bowiem otrzymać rozezyny, zawierające w 1 cm. przeszło 1,000 j. m., przyczem preparat pozostaje zupełnie klarowny.

Analogicznie do progu działania biologicznego innych dokładnie już poznanych hormonów Lequeur uważa, że jest już chyba bardzo blisko czystej substancji hormonu, pozbawionej wszelkich nieczynnych części składowych.

Dla zobrazowania rozmiarów prac, związanych z badaniem hormonu jajnikowego, zaznamy, że Laqueur np. w trakcie swych badań wykonał i przejrzał (przy pomocy oczywiście całego sztabu współpracowników) więcej niż 100,000 preparatów mikroskopowych, zużył przeszło 1,000 zwierząt doświadczalnych i zbadał chemicznie i fizycznie około 3,000 związków i preparatów.

Pozwolimy sobie tu przytoczyć kilka szczegółów o preparacie Laqueura (menfermonie); mogącym służyć jako przykład substancji możliwie zbliżonej do istotnego hormonu jajnikowego.

Otóż budowa chemiczna hormonu pozostaje naraźnie nieznaną. Hormon nie zawiera siarki, fosforu, a prawdopodobnie i azotu, nie daje odczynów na cholesterynę, ani na grupy aminowe i hydroksylowe. Hormon jest, jak na to pierwsi wskazali Allen i Doisy, bardzo odporny na działania fizyczne i che-

miczne: nie uszkadza go ciepłota 200—300°, nie zmniejsza jego stopnia działania kwasy, ani zasady, ani zasady. Jest, natomiast, b. wrażliwy na utlenianie, co zmusza do wykonywania większych badań w próżni.

Z właściwości biologicznych najważniejsza jest zdolność wywoływania ruji. Na kastrowanych myszach i szczurach udawało się przy pomocy mniej niż 1/1,000 mg. doprowadzić do zniknięcia z rozmazu treści pochwowej ciałek białych i powiększenia ilości złuszczonego nabłonka, — zmian, będących niewątpliwie dowodem, że ustroj pozbawionego jajnika zwierzęcia znajduje się jednak pod swoistym wpływem hormonu jajnikowego.

Hormon wywiera swój wpływ na powstawanie ruji jedynie przy stosowaniu podskórnym. Wydaje się dziwnem, że, będąc tak odporny na wszelkie czynniki, hormon okazuje się jednak zupełnie bezskuteczny przy stosowaniu *per os*.

Hormon jest w stanie wywołać ruję nie tylko u samiec kastrowanych, ale nawet u starych, które jej już od dłuższego czasu nie wykazywały (u myszy ruja występuje w zwykłych warunkach co 5—7 dni). Toż samo udawało się za pomocą nawet znacznie mniej oczyszczonych preparatów Steinachowi, który opisywał odmłodzenie w znaczeniu zjawienia się utraczonej już ruji.

Podobnie osiągnąć można ruję u zwierząt młodych. Allen i Doisy zauważyli, jako pierwsi, że pochoxa, przedstawiająca w odpowiednim okresie pasmo lite, uzyskuje pod wpływem wstrzykiwań hormonu światło i występuje typowa ruja.

Można więc za pomocą wstrzykiwań hormonu wywołać ruję zarówno u zwierząt kastrowanych, jak u niedojrzałych oraz starych.

Niezależnie od wpływu na ruję hormon sprzyja również szybszemu rozwojowi narządów płciowych młodych samiec, przyczem zwierzęta 4-o tygodniowe uzyskują narządy płciowe zwierząt co najmniej 4-o miesięcznych. To przyspieszenie wzrostu ogranicza się wyłącznie do narządów płciowych, których waga powiększa się 2—3 krotnie, inne zaś narządy nie zmieniają się wcale (Allen i Doisy, Steinach, Laqueur).

Poza wpływem dodatnim na rozwój narządów samczych Laqueur stwierdził wpływ hormonu również i na samców, ale w znaczeniu hamującym, ujemnym, polegającym na przeciwdziałaniu rozwojowi narządów płciowych: samce młode po 6-o tygodniowym wstrzykiwaniu minimalnych dawek wykazywały znacznie mniejsze narządy płciowe, niż zwierzęta kontrolne; grasicca również była mniejsza, natomiast nadnercza stosunkowo większe. Hormon sprzyjał również znacznie większemu, niż w warunkach zwykłych, rozwojowi części wydzielniczej gruczołów piersiowych u młodych samców. Podobne wyniki feminizujące osiągnął Steinach oraz Lipschütz za pomocą przeszczepiania jajników młodym samcom, przyczem upodabniały się one do samiec przez zanik cech płciowych męskich oraz rozwój żeńskich.

Hormon wpływa również i na przemianę materji: kastrowane samice wykazują, jak wiadomo, zwolnienie przemiany materji, i występuje u nich w związku z tem otłuszczenie. Wprowadzenie brakującego hormonu do ustroju jest w stanie, jak się okazuje, pobudzić zwolnioną uprzednio przemianę materji. De

Veer na szczurach i Zondek w klinice ginekologicznej wykazali to z całą pewnością. Wobec stosowania przez nich preparatów nieoczyszczonych trudno było mówić o działaniu ściśle swoistem. Laqueur wykazał to, stosując swój menformon, przy czym swoistości dowodził fakt, że wyciągi z innych narządów (wątroba, nerki, śledziona) pozostawiały bez żadnego wpływu.

Na inne narządy, w szczególności na krążenie i oddychanie, menformon nawet przy stosowaniu dożylnym nie wywiera żadnego wpływu szkodliwego. Odpowiednio do tego preparat wyróżnia się bezwzględnie niejadowitością. U zwierząt, którym stosowano menformon w ciągu nawet długich miesięcy, nie stwierdzono żadnego wpływu szkodliwego. Również i u ludzi wstrzykiwania podskórne, jedynie wchodzące w rachubę, nie powodują żadnych objawów działania ubocznego. Zmiany, opisywane częstokroć przy stosowaniu dotychczas znanych preparatów, zależą najprawdopodobniej nie od działania samego hormonu, lecz jedynie od domieszek niedostatecznie oczyszczonego preparatu.

Po odkryciu działania biologicznego hormonu jajnikowego i stwierdzeniu jego zupełnej nieszkodliwości nie nie stało już na przeszkodzie do stosowania odpowiednich preparatów w lecznictwie. W przypadkach niedostatecznego wytwarzania lub braku zupełnego hormonu w ustroju ludzkim hormon zwierzęcy powinien służyć jako materiał, będący w stanie go zastąpić. Niepewność, towarzysząca stosowaniu tak licznych preparatów dotychczasowych, została w znacznym stopniu usunięta i może być zastąpiona przez racjonalne postępowanie: nowo odkryty hormon posiada bowiem tę wielką zaletę, że okazuje ściśle swoiste, dające się cyfrowo określić działanie, że można go standardyzować w odpowiednich jednostkach i dzięki temu oceniać w sposób właściwy wartość preparatów różnego pochodzenia.

Dla celów klinicznego stosowania hormonu jajnikowego bardzo ważna jest sprawa dawkowania, ile, mianowicie, hormonu należy dostarczać kobiecie w przypadkach, podejrzanych o jego zmniejszenie. Zondek w badaniach swych wychodził ze słusznego, jak się potem okazało, założenia, że dawka lecznicza winna wynosić tyle hormonu, ile go zawiera ludzki dojrzwały do pęknięcia pęcherzyk jajnikowy, t. zn. około 4 jednostek mysi.

Wynikałoby z tego, że ilość hormonu czynna u małych zwierząt okazuje się czynną również i u ludzi, i że nie można przenosić dawkowania ze zwierząt na ludzi, kierując się jedynie proporcją wagi. Należałoby bowiem wówczas stosować u kobiety około 3,000 j. m., gdyż taki jest w przybliżeniu stosunek wagi kobiety do wagi myszy. Obliczanie takie jednak jest bezwzględnie niesłuszne, czego dowodzą, zresztą, liczne przykłady z dziedziny stosowania innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym.

Zarówno doświadczenia na małpach, jak i spostrzeżenia kliniczne potwierdziły w zupełności powyższe rozważania teoretyczne. Ścisłejsze określenie dawki w przypadkach poszczególnych schorzeń na tle niedomogi hormonalnej jajników wymaga, oczywiście, dalszych spostrzeżeń na większym materiale.

Dickens i Dodds opisują małpę, u której po wstrzyknięciu 3 j. m. w okresie międzymiesiączkowym wystąpiło typowe miesiączkowanie. U zwierząt

normalnych codziennie wstrzykiwanie po 2 j. m. wywolywało nieprzerwaną ruję w ciągu 6 tygodni.

Zśród dotychczasowych spostrzeżeń klinicznych najdokładniejsze zawdzięczamy Zondekowi. Wiadomo obecnie, że błona śluzowa macicy ulega pod wpływem hormonu jajnikowego zmianom, których największe natężenie stwierdza się w okresie przedmiesiączkowym, gdy błona śluzowa przygotowuje się do przyjęcia zapłodnionego ewentualnie jaja. Masa jej, wzrasta, gruczoły powiększają się i rozgałęziają, wydzielają śluz i zawierają glikogen.

O ile preparat hormonu jajnikowego zawiera w sobie swoistą wydzielinę jajnika, powinno się udać osiągnąć pod jego wpływem rozwój uprzednio nieczynnej błony śluzowej macicy. Warunkiem przekonującego spostrzeżenia musi być poznanie w określonym przypadku stosunków anatomicznych błony śluzowej przed i po zastosowaniu preparatu. Wykazał to w dokładnym spostrzeżeniu Zondek na chorej ze stwierdzonym operacyjnie zwyrodnieniem torbielkowatym jajników i związanym z tem zupełnym brakiem perjdów od 5 lat. Badanie histologiczne otrzymanych za pomocą skrobienia skrawków błony śluzowej wykazuje obraz zupełnej nieczynności. Pod wpływem domięśniowych wstrzykiwań follikuliny w ciągu 3 tygodni chora dostaje miesiączki z wszystkimi jej charakterystycznymi objawami. Badanie drobnowidzowe po powtórnym skrobieniu wykazuje obraz swoisty dla błony śluzowej w okresie czynności: gruczoły rozgałęzione, wydzielają treść i zawierają glikogen. Pomimo zaprzestania wstrzykiwań po upływie 3 tygodni samodzielnym drugim perjodem, a po dalszych 4 tygodniach — trzeci.

Przypadek ten wykazuje w sposób niewątpliwy, że follikulina jest w stanie doprowadzić u kobiety nieczynną samodzielnym od dłuższego czasu błonę śluzową do zachodzących w zwykłych warunkach pod wpływem hormonu zmian, umożliwiających zagnieżdżenie się jaja.

Follikulina może, jak się okazuje, nie tylko pobudzić do czynności istniejące jajniki ale, podobnie jak u zwierząt, nawet zastąpić brakujące jajniki, czyli spowodować perjod u kobiet kastrowanych. Zondek opisuje przypadek, dotyczący kastrowanej przed dwoma laty kobiety, u której pod wpływem leczenia follikulina znowu zjawił się perjod.

Poza powyższymi efektownymi wynikami Zondek opisuje również i przypadki niepowodzeń i zwraca nawet na nie szczególną uwagę, aby przestrzec przed zbyt wielkimi nadziejami. Najwzniejszy do leczenia follikulina materiał będą przedstawiały te przypadki, w których zadziałanie lecznicze będzie się mogło odbywać drogą hormonalnego pobudzenia albo uregulowania czynności istniejących, lecz jedynie częściowo niewydolnych jajników. W przypadkach jajnikowych zaburzeń wewnątrzwydzielniczych znacznego stopnia i znacniejszego zaniku narządów płciowych widoki na wyleczenie są, oczywiście, znacznie mniejsze.

Z 17 spostrzeżeń długotrwałego braku miesiączkowania, o których wspomina Laqueur, w 6 po wstrzyknięciu 12—36 j. m. wystąpiło wyraźne miesiączkowanie.

Dotychczasowe doświadczenia na ludziach są jeszcze zbyt skąpe, aby można z nich było wyciągnąć

stanowcze wnioski. Pozwalają one jednak żywić nadzieję, że uda się z tych nowych odkryć poza wiadomościami teoretycznymi otrzywać również i korzyści praktyczne. Jesteśmy przecież dopiero na początku nowej drogi właściwej jajnikowej terapii substytucyjnej. Zakres wskazań do stosowania preparatów czystego hormonu jajnikowego byłby bardzo rozległy, gdyż bardzo wiele zachorzeń u kobiet jest uwarunkowanych zaburzeniami czynności jajników. Cały szereg cierpień ze wszystkich prawie dziedzin medycyny przedstawiałby wdzięczne pole do jajnikowej terapii hormonalnej, zupełnie zgodne bowiem z poglądami współczesnej medycyny okazało się stare zdanie, że *propter ovarium solum mulier est quod est*.

Na wpływ np. hypohormonozy płciowej na liczne różnorodne zaburzenia w układzie krążenia zwrócił ostatnio uwagę Semerau-Siemianowski w swej pracy o nerwicach sercowo-naczyniowych na tle niedomogi wewnątrzwydzielniczej gruczołów płciowych.

Przed dwoma laty, gdy ukazały się pierwsze prace amerykańskie o nowej metodzie biologicznej wykrywania i obliczania hormonu jajnikowego, z polecenia p. docenta Semerau-Siemianowskiego przystąpiłem na naszym oddziale do badań na białych myszach z myślą obliczania hormonu jajnikowego we krwi krążącej u kobiet, u których na podstawie objawów klinicznych rozpoznano niedomogę wewnątrzwydzielniczą jajników. Możliwość stwierdzenia zmniejszonej ilości hormonu lub jego zupełnej nawet nieobecności miałyby kolosalne znaczenie dla upewnienia się w tem, tak trudnym czasem do postawienia, rozpoznaniu.

Badania te jednak wymagają, niestety, jak to wykazało nasze wstępne doświadczenie, odpowiedniej, wszechstronnej i dość kosztownej instalacji.

Okazuje się, że coraz dalsze przenikanie współczesnej wiedzy w tajniki życia, śmiałe sięganie po rozwiązania problemów coraz trudniejszych i bardziej zawiłych wymaga coraz większego nakładu środków i odpowiednich warunków pracy. Subtelne te badania, o ile miałyby być miarodajne i nie zawierać żadnego źródła błędu, dadzą się wykonać jedynie w bogatych, odpowiednio do współczesnego stanu wiedzy zaінstalowanych zakładach badawczych.

W naszych bardzo skromnych warunkach szpitala miejskiego, nie rozporządzającego ani odpowiedniemi urządzeniami laboratoryjnymi, ani potrzebnymi personelem pomocniczym, interesujące nas badania okazały się nie do wykonania, i dlatego też musieliśmy z przykrością zrezygnować z naszych usiłowań.

O ile więc u nas sprawa hormonu jajnikowego, przeważnie wskutek trudności technicznych, okazuje się tematem bardzo trudnym do badania i nie jest wcale poruszana w piśmiennictwie, o tyle zagranicą prawie każdy numer, szczególnie amerykańskich i niemieckich pism, przynosi nam nowe ciekawe szczegóły, dotyczące hormonu płciowego. Zostało przecież otwarte nowe rozległe, niewyzyskane dotychczas pole do badań naukowych, wdzięczny temat do licznych prac i gromadzenia odnośnych spostrzeżeń. Cały szereg poglądów teoretycznych z obszernej dziedziny życia kobiety, dziedziny zależnej od czynności hormonu płciowego, został zamieniony przez poglądy nowe, oparte na znacznie trwalszych, niż dotychczasowe, podstawach. Szczegóły wyjaśnić mogą, dopiero dalsze dokonane na wielką skalę spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne badania laboratoryjne, uwzględniające wszelkie możliwości.

Po odkryciu insuliny i tyroksyny nastąpiła obecnie kolej na dokładne poznanie i zastosowanie w lecznictwie hormonu jajnikowego—follikuliny.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Histologia i Embrjologia.

CO ERNEST SEHRT. *Histologie und Chemie der Lipoider der weissen Blutzellen und ihre Beziehung zur Oxydasereaktion, sowie über den Stand der modernen Histologie der Zelllipoider.* G. Thieme (Verlag), Leipzig, str. 1—53 (z 6 tabl. kol.), 1927.

Sprawa występowania lipidów w białych ciałkach krwi należy do zagadnień, które winny interesować nie tylko szereg specjalistów-hematologów, ale i tych wszystkich, którzy zajmują się sprawą występowania w komórce lipidów, a to w związku z współczesnym stanem nauki o fermentach, zjawiskach odporności i problemat odżywiania. Z tego powodu wydaje mi się usprawiedliwionym pomysł autora poświęcenia oddzielnej książki tej, tak ważnej z punktu widzenia biochemji ustroju kwestji. Zaznaczyć należy, iż rozmiarami swemi praca autora zupełnie nie wykracza poza ramy prac oryginalnych, drukowanych w czasopiśmie specjalnych. (53 str. w 8-ce).

Praca autora obejmuje kilka nierównej wartości działów; po omówieniu historii zagadnienia a. dość szczegółowo podaje własną metodykę barwnego ujawniania ziarnistości lipidalnych w białych ciałkach krwi i omawia ich histologiczne zachowanie się. A. posługiwał się sześciu metodami, opartymi zasadniczo na metodzie barwienia nasycenym roztworem Sudanu III w alkoholu 68% i podbarwienia hematoksyliną Delafielda (proces ten podwójnego barwienia autor dwukrotnie powtarza). Z kolei omawia a. właściwości fizyczne i chemiczne ziarnistości lipidalnych, wreszcie następuje przedstawienie ich stosunku do reakcji oksydazowej.

Sprawie zachowania się ziarnistości lipidalnych w poszczegól-

nych stanach chorobowych poświęca a. zaledwie 30 wierszy, podkreślając, iż w chorobach zakaźnych zdarzyć się łatwo mogą leukocyty bez ziarnistości lipidalnych. Nawiązując do ostatnich prac Neuma nna, a. przyjmuje istnienie lipidów, jako prawidłowych składników monocytów i leukocytów krwi ludzkiej. Wbrew temu, co opisywał Savini, a. nigdy nie znajdował lipidów w limfocytach, co zgodne jest z własnymi obserwacjami referenta. Również zupełnie słusznie podkreśla a. rolę rozpuszczalników organicznych, jako bardziej miarodajnego kryterjum, odnośnie do sprawy obecności lub nieobecności lipidów w komórce od znanych metod barwnych, na co zresztą zwracali jeszcze przed nim uwagę Gorecki i Sionimski (C. r. Soc. de biol. 1924, Med. dośw. Społ. 1925). Sehart przyjmuje za rzecz dostatecznie udowodnioną istnienie lipidów w ziarnistościach, przyczem odnośnie lipoidy (najprawdopodobniej nasycone i nienasycone fosfatydy i cerebrydy), tworzyłyby rodzaj osłonki na „jądrze“ białkowym Petryego. Sprawa charakteru ziarnistości obojętnochnonnych (związek lipoido-białkowy?) nie została jeszcze, zdaniem autora, dostatecznie wyświetlona.

Co się tyczy stosunku ziarnistości oksydazowych do barwiących się sudanem, to a. uznaje je za identyczne, a to dzięki ich rozmieszczeniu w komórce, formie i wielkości, przyczem zaznacza, iż bez lipidów reakcja oksydazowa wogóle nie może mieć miejsca.

Rezerwując sobie do pracy specjalnej bliższą analizę wyników rozprawy Seharta, chciałbym podkreślić na tem miejscu niezbyt staranne zebranie piśmiennictwa, co wyraźnie odbija się na biegu myśli autora i osłabia w pewnym stopniu wartość jego pracy. Na bardzo pochlebną natomiast ocenę zasługują barwne ryciny, ślicznie odbite na kredowym papierze, a stanowiące prawdziwą ozdobę tej ciekawej książki.

Piotr Sionimski.

Fizjologia normalna i patologiczna.

J. VANDORFY. Badania nad okresem międzytrawelnym wydzielenia żołądkowego u człowieka. II. Wydzielenie naczczo. (A. f. Verd. Kr. t. 40. z. 5—6).

Autor, badając wydzielenie żołądka czczego, za pomocą zglębnika cienkiego, dochodzi do wniosków następujących:

1) Drażnienie mechaniczne zglębnika ma znaczenie tylko w przypadkach nadważliwości śluzówki żołądka.

2) Wydzielenie na czczo jest zjawiskiem fizjologicznym przy czym wpływy psychiczne odgrywają rolę ważną aczkolwiek nie wyłączną.

3) Istnieje znacznie więcej przypadków ciągłego nadmiernego wydzielenia niż dotychczas przypuszczano.

B. Goldstein.

J. VANDORFY. Studja nad międzytrawelnym okresem wydzielenia żołądkowego u człowieka. (Ar. f. Verd., t. 41. z. 1—2)

III. Okresowość czynności czczego żołądka.

Autor stwierdza okresowe wracanie treści dwunastnicy do pustego żołądka. Treść ta składa się w rozmaitych okresach z soku trzustkowego lub też żółci.

B. Goldstein.

J. KISS. O zmianach zawartości wody we krwi osobników zdrowych oraz chorych na cierpienia wątroby lub przysadki mózgowej, na podstawie określenia suchej substancji krwi. (D. Ar. fur. In. Med., tom 157, zeszyt 3—4).

T. STENSTROM. Spadek ilości cukru we krwi po próbie czynnościowej wątroby z cukrem gronowym. (D. Arch. f. inn. Medizin, tom 157, zeszyt 3—4).

S. RUSZNIK. Badania nad ilością krwi u człowieka w warunkach normalnych i chorobowych. (D. Arch. für Inn. Med. tom. 157, zeszyt 3—4).

Autor używa kolorymetru kompensacyjnego Burkera, dającego możliwość oszczędnej operowania krwią przy stosowaniu metody Seydherhela i Lampego. Dotychczas zbadano tą metodą 80 przypadków, przyczem u osobników normalnych ilość osocza wynosi 44,5 cm. sześć, ilość zaś krwi całkowitej — 83 cm. sześć, na 1 kilogram wagi ciała.

W niedokrwistościach wtórnych stwierdzono istnienie nadmiernego wyrównania przez zwiększenie się ilości osocza w ustroju, stwierdzono również istnienie t. zw. późnych niedokrwistości o niezmniejszonej „objętości barwikowej“ (pigmentvolumen — iloczyn 2% hemoglobiny przez ogólną ilość krwi). W niedokrwistości złośliwej ilość krwi jest co najmniej normalna, a w okresach poprawy nawet zwiększona. W białaczce zdarzają się przypadki z małą ilością krwi. Opisano skład i ilość krwi w niektórych rzadkich schorzeniach, oraz istnienie przejściowych zagęszczeń krwi niewądanego pochodzenia.

B. Goldstein.

K. GERNER. O aktywującym działaniu surowicy krwi ludzkiej na sok żołądkowy. (Arch. f. Verd., Kr., tom 40., zeszyt 5—6).

Autor podaje wyniki badań własnych, zestawiając je z badaniami Kohlera, nad hamującym działaniem surowicy *in vitro*.

B. Goldstein.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

J. La BARRE. O istnieniu insulinemji fizjologicznej. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 3 — 1927).

Autor wykonał szereg doświadczeń mających na celu wykazanie fizjologicznej insulinemji. Dotychczasowe badania odnośnie wykazywały, co prawda, obecność insuliny we krwi tętniczej w ilości wystarczającej do zmniejszenia glikemji zwierzęcia cukrzycowego, nie wykazywały jednak istnienia insuliny w żyłach trzustkowej w ilości większej, niż we krwi tętniczej.

Przekonywując swe doświadczenia autor wykonywał w sposób następujący: łączył żyłę trzustkową jednego psa z żyłą szyjną drugiego, którego przez usunięcie trzustki zrobiono cukrzycym. Psa tego utrzymywano do chwili dokonania anastomozy w doskonałym stanie zdrowia przy pomocy codziennych zastrzyknięć insuliny. Po przetoczeniu psu cukrzycowemu krwi trzustkowej psa zdrowego w ilości około 120 gr., wysoki uprzednio poziom cukru

we krwi psa cukrzycowego zmniejszał się znacznie i dochodził nawet w poszczególnych doświadczeniach do wartości prawidłowych.

Badania kontrolne polegające na przetaczaniu krwi tętniczej zwierzęcia normalnego do żyły szyjnej psa cukrzycowego wykazały jedynie bardzo nieznaczną skłonność do obniżania glikemji.

Z badań powyższych wynika, że przetoczenie około 120 gr. krwi z żyły trzustkowej obniża wybitnie hyperglikemję psa cukrzycowego i że krew pochodząca z tego gruczołu, jako zawierająca więcej insuliny, okazuje znacznie wybitniejsze działanie przeciw cukrzycowe niż prawidłowa krew tętnicza. Istnienie więc fizjologicznej insulinemji nie może ulegać wątpliwości.

J. Typograf.

J. La BARRE. O powiększeniu się zawartości insuliny krwi żyły trzustkowej po podrażnieniu nerwu błędnego. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 3 — 1927).

Badanie czynników wpływających na wytwarzanie insuliny doprowadziło licznych autorów do wniosku, że prawy nerw błędny okazuje wpływ regulujący na wydzielenie wewnętrzne trzustki. Britton np. wykazał, że podrażnienie tego nerwu u kota powoduje obniżenie poziomu cukru krwi tętniczej utrzymujące się przez cały czas drażnienia.

Dla usunięcia różnych możliwych w takich doświadczeniach przyczyn błędów autor uważał za najlepsze dokonanie odpowiednich badań na zwierzętach połączonych za pomocą anastomozy żyłnej trzustkowo-szyjnej.

W pierwszej serii doświadczeń autor badał zmiany glikemji psa zdrowego B po przetoczeniu mu 120 gr. krwi trzustkowej dawcy A. Obliczenia cukru we krwi tętniczej nie wykazały u psa B wyraźniejszych zmian poziomu cukru w związku z transfuzją zawierającej hormon krwi trzustkowej.

Druga seria doświadczeń tem się różniła od pierwszej, że podczas transfuzji krwi trzustkowej drażniono prawy nerw błędny dawcy. Badanie glikemji psa odbiorcy wykazało w tych warunkach znaczne obniżenie się poziomu cukru, zupełnie podobne do tego, jakie się stwierdza u psa normalnego po zastrzyknięciu insuliny.

Z doświadczeń tych wynika, że wydzielenie insuliny przez trzustkę znajduje się pod wpływem prawego nerwu błędnego i może się zwiększać wskutek wahań napięcia tego nerwu.

J. Typograf.

E. ZUNZ i J. La BARRE. O powiększeniu się zawartości insuliny we krwi żyły trzustkowej po hyperglikemji wywołanej zastrzyknięciem glukozy. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 6 1927).

W jakiś czas po podaniu większej ilości glukozy uprzednio wysoki poziom cukru we krwi opada poniżej normy. Powstaje pytanie, czy ta wtórna hypoglikemja nie zależy od powiększenia się zawartości insuliny we krwi. Dla rozstrzygnięcia tego pytania autorzy wykonali doświadczenia na psach, przyczem dla stwierdzenia hyperinsulinemji badanego psa, będącego pod wpływem dożylnego zastrzyknięcia glukozy, przetaczali krew z jego żyły trzustkowej drugiemu psu, u którego jako miernik zawartości insuliny obliczali glikemję.

Wobec tego, że wpływ insuliny znajduje przeciwwagę w działaniu nadnerczy, autorzy dla uczulenia psa odbiorcy w stosunku do wahań insuliny znajdującej się w przetaczanej krwi, usuwali mu uprzednio nadnercza.

W pierwszym szeregu doświadczeń autorzy wykazali, że sama metodyka (usunięcie nadnerczy, przetaczanie krwi, narkoza) nie przedstawia źródła błędu.

Następnie autorzy przystąpili do doświadczeń właściwych. Psu dawcy zastrzykuje się 50 cm.3 20% glukozy, i po upływie pewnego czasu przetacza się krew z jego żyły trzustkowej psu odbiorcy, któremu uprzednio usunięto nadnercza. Co ½ godziny bada się u obu poziom glikemji. Z przytoczonej w oryginale tablicy wynika, że przetaczanie krwi trzustkowej psu z hyperglikemją wskutek dożylnego zastrzyknięcia glukozy i następują w związku z tem hypoglikemją, powoduje u psa odbiorcy obniżenie poziomu cukru we krwi, opadające w przybliżeniu o ½ wartości prawidłowej.

Bezpośrednio po przetoczeniu dawca wykazuje znaczną hyperglikemję, co jest zrozumiałe z dwóch względów: po pierwsze, pies ten znajduje się pod wpływem zastrzykniętej glukozy, po drugie zaś nie korzysta z wyrównawczego wpływu insuliny, gdyż zawierająca hormon krew jego trzustki zostaje przetaczana psu odbiorcy.

Hypoglikemja zaś psa odbiorcy, powstała wskutek otrzymania krwi ze wzmoczoną ilością insuliny, utrzymuje się dłuższy czas,

gdyż pies ten, jako pozbawiony nadnerczy, nie jest w stanie wyrównać obniżonego poziomu cukru przez zwykłe w tych warunkach kompensatoryjne powiększenie wydzielania adrenaliny.

Z doświadczeń powyższych wynika, że dożylnie zastrzyknięcie glukozy jednocześnie z hyperglikemią powoduje wzmożone wydzielanie przez trzustkę insuliny doprowadzające do następczej hypoglikemii.

J. T y p o g r a f.

KEPINOW i LEDEBT — PETIT DUTAILLIS. O szybkim znikaniu ze krwi krążącej insuliny wprowadzonej drogą dożylną. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 6 — 1927).

Wiadomo, że insulina działa tem szybciej im prędzej przenika do krwi krążącej. Autorzy postawili sobie za zadanie określić, jak długo utrzymuje i daje się stwierdzić we krwi insulina zastrzyknięta dożylnie. Doświadczenia wykonano na psach w sposób następujący: psu, u którego usiłowano stwierdzić powiększenie się zawartej w jego krwi ilości insuliny, zastrzykiwano insulinę dożylnie i przetaczano bezpośrednio jego krew z tętnicy szyjnej do żyły szyjnej drugiego psa, który służył, jako miernik insuliny. Temu psu odbiorcy bezpośrednio przed przetoczeniem dokonywano upustu krwi w ilości odpowiadającej w przybliżeniu połowie ogólnej posiadanej przez niego krwi (350 — 450 cm³) i taką ilość otrzymywał on natychmiast z powrotem od znajdującego się pod wpływem insuliny psa dawcy.

Z doświadczeń wynika, że przetoczenie krwi dokonane w 2 minuty po zastrzyknięciu dożylnem insuliny psu dawcy pozostaje bez wpływu na poziom cukru we krwi psa odbiorcy, podczas gdy krew dawcy wykazuje krzywą glikemii charakterystyczną dla hypoglikemii insulinowej. Wszystko więc wygląda tak, jakby cała zastrzyknięta insulina pozostała w ustroju psa, któremu ją zastrzyknięto dożylnie, a w każdym razie już po upływie bardzo krótkiego czasu nie można jej wykazać we krwi, przynajmniej opierając się na jej działaniu obniżającym poziom cukru, jako miernika insuliny.

Ze metodyka doświadczeń jest bez zarzutu i nie przedstawia źródła błędów, dowodzą te doświadczenia, w których możliwe zbliżono czynności zastrzyknięcia insuliny i przetoczenia krwi. W doświadczeniach, mianowicie, w których dokonano przetoczenia w 30 sek. po zastrzyknięciu insuliny i procedura przetaczania trwała możliwie krótko (2 min.), stwierdza się znaczne obniżenie się poziomu cukru we krwi zarówno dawcy jak i odbiorcy. Również przy zastrzykiwaniu bardzo dużych dawek insuliny można nawet przy przetaczaniu po upływie 2 min. od zastrzyknięcia stwierdzić u odbiorcy bardzo nieznaczne obniżenie glikemii, co dowodzi, że niecała ilość zastrzykniętej insuliny została w tak krótkim czasie przez ustrój dawcy związana.

Autorzy uważają, że to szybkie znikanie insuliny z krwiobiegu przy jej zastrzyknięciu dożylnem zależy od związania jej przez tkanki obfitujące w glikogen, a więc głównie wątrobę i mięśnie. z których następnie stopniowo w miarę potrzeby przenika do krwi.

J. T y p o g r a f.

Higiena i medycyna społeczna.

∞ Alkoholologia—praca zbiorowa wydana przez Towarzystwo „Trzeźwość“ pod redakcją prof. R. Radziwiłłowicza.

Na półkach księgarskich ukazała się książka pod tytułem „Alkoholologia“, mająca służyć za podręcznik dla walczących z alkoholizmem. Jest to praca zbiorowa, wydana przez Towarzystwo „Trzeźwość“ pod redakcją prof. R. Radziwiłłowicza. Stronic—186, cena 4 zł. Jako pierwsza praca z tej dziedziny, książka ta zasługuje na szczególne omówienie.

Rozdział I, Chemia alkoholowa — napisany jest przez Br. Duchowicza, znanego popularyzatora w sprawie walki z alkoholizmem. Autor daje szczegółowy opis wszelkiego rodzaju napojów alkoholowych i ich pochodzenia, procesów wytwarzania, składu chemicznego i cech charakterystycznych. Niewątpliwie czytelnik znajdzie tu materiał bardzo bogaty, może zanadto przeciążony szczegółami, które nie są niezbędne ani dla działacza społecznego, badającego alkoholizm, ani tembardziej dla popularyzatora. Opis szczegółowy wagi Westfalia, różne drobiazgi techniczne, dotyczące produkcji wydają się zbędne; z drugiej strony niektóre działy są jakgdyby przeznaczone dla czytelnika o niższym poziomie, niż całość.

Rozdział, napisany przez prof. Kleckiego, o działaniu alkoholu na organizm — jest wzorowy, najlepszy w całej książce. Prof. Klecki i pomimo wyraźnych sympatyj abstynenckich daje ściśle naukowy obraz stanu wiedzy dzisiejszej o wpływie alkoholu w różnych dawkach na organizm ludzki. Autor uwzględnił większość najnowszych badań laboratoryjnych, dokonanych tak na ludziach, jak i na zwierzętach, pobicznie tylko wspominając niektóre prace sta-

tystyczne. Rozdział ten dostarcza niezbitych dowodów, że w walce z alkoholizmem można się oprzeć na ścisłej wiedzy, w akcji na dłuższą metę, prowadzonej wśród warstw inteligentnych, które trzeba najpierw zjednać dla sprawy abstynenckiej, jest drogą pewniejszą, niż propagandą, malującą w nierealnych barwach następstwa każdej wypitej kropli alkoholu.

Rozdział III, psychologia i psychopatologia alkoholizmu — sprawia pewien zawód, nie co do swej wartości naukowej, lecz co do sposobu ujęcia i celowości. Przeciętny czytelnik prawdopodobnie chciałby się dowiedzieć, co człowieka skłania do picia i co go utrzymuje w tym nalogu, jakie różnice indywidualne wpływają na wytworzenie typu człowieka, pijącego umiarkowanie, a jakie wytwarzają nalogowca, chciałby poznać strukturę psychiczną alkoholika w różnych okresach jego alkoholomanji. Prof. Radziwiłłowicz ujął tę sprawę zupełnie inaczej i dał kliniczne symptomokompleksy zatrucia alkoholem, co może być bardzo ciekawe dla lekarza, szczególnie interesującego się walką z alkoholizmem, a nie psychiatry, nie może jednak zadowolić czytelnika, dla którego nawet wyrazy „omamy“, „urojenia“, „niedowłady“, „bezwłady“, „otępienie“, jako techniczne, w ich istotnym znaczeniu nie są łatwe do zrozumienia. Trudno także zgodzić się z autorem, wymagającym absolutnej wstrzeźliwości od szeregu zawodów. Nie wiem, czy byłoby racjonalne włączenie do przysięgi lekarskiej ślubowania bezwzględnej abstynencji, jak chce autor. Zwiększyłoby to przecież tylko liczbę czczych formulek. Trzeba w inny, bardziej realny sposób zjednywać lekarzy dla walki z alkoholizmem. W dziale higieny społecznej kwestja alkoholizmu winna być rzeczywiście uwzględniona.

O artykule prof. Gantkowskiego trudno cokolwiek powiedzieć. Składa się on zaledwie z trzech stronic i o leczeniu alkoholików naprawdę zawiera bardzo niewiele. A przecież jest to sprawa społecznie bardzo ważna i autorowi dobrze znana, gdyż prof. Gantkowski jest u nas bodaj jedynym specjalistą w tej dziedzinie, posiadającym długoletnie doświadczenie.

Rozdział p. B. Hercolda, sekretarza Międzynarodowego Biura przeciw alkoholizmowi w Lozannie, jest bardzo ciekawy, napisany treściwie i z bezstronnością, jaką rzadko spotykamy u apostołów jakiejś idei. Autor mówi w pierwszej części o ustawodawstwie przeciwalkoholowem, o różnych systemach, jakie kiedykolwiek były stosowane w społeczeństwach kulturalnych w celu zmniejszenia plagi alkoholizmu, w drugiej części mówi o ruchu przeciwalkoholowym w różnych państwach. Obraz uporeczywej walki, prowadzonej przez ludzi dobrej woli, odpowiednio zorganizowanych, w ciągu wielu dziesiątków lat ze zmiennym powodzeniem, prowadzącej jednak a la longue zawsze do uświadomienia ogółu, na którym następnie można oprzeć realne zarządzenia prawne, powtarza się stale. To doprowadza nietylko autora, lecz i czytelnika do wniosku, że „jedyna reguła ogólna, jaką można sformułować, jest taka: należy chwalać tylko takie prawa, które opinja publiczna dostatecznie popiera, a to ze względu, żeby stosowanie ich w praktyce nie napotkało na nieprzezwyciężone przeszkody; pozatem trzeba sobie zawarować przyszłość i uchwalić prawa, które nie tylko przynoszą postęp doraźny, ale które nadal mogą ulegać zmodyfikowaniu w sensie znaczniejszych ograniczeń, jeśli opinja publiczna będzie po temu dojrzała“.

Ostatni artykuł p. M. Hornowskiej „alkoholizm, jako zagadnienie wychowania moralnego“—grzeszy może zbytniem moralizatorstwem. Autorka mówi, że „nauki moralne, dawane bezpośrednio w formie mentorskiej, chybają najęściej celu“, niestety, sama błąd ten popełnia. Niewątpliwie jednak dział ten uzupełnia całość, przypominając o stronie etycznej zagadnienia, rzeczywiście niezmiernie ważnej, podkreślając, że zdrowie fizyczne, pełny rozwój zdolności umysłowych i kultura duchowa jednostki tworzą nierozdzielalną całość, na którą zatrucie alkoholowe działa zabójczo, idąc stopniowo od najwyższych ośrodków duchowych do najniższych.

Całość wydana starannie. Szkoda tylko, że redaktorskie pióro nie usunęło pewnych usterek w rękopisach lub w korekcie. Pomimo jednak tych usterek cała książka jest poważnym dorobkiem naszego śmiennictwa w walce z alkoholizmem. Razem z mającym ukazać się wkrótce drugim tomem będzie tworzyła małą encyklopedję, niezbędną dla wszystkich, którzy w walce z alkoholizmem zechcą wziąć czynny udział.

Towarzystwo „Trzeźwość“, a szczególnie inicjatorowi tego wydawnictwa, kierującemu całym ruchem antyalkoholowym u nas, p. J. Szymańskiemu, należy się prawdziwa wdzięczność za wy-danie tej pracy.

M. K a c p r z a k.

Dr. DASZYŃSKA-GOLIŃSKA, prof. W. W. Polskiej. Za- gadnienie Polityki Populacyjnej. Warszawa, 1927, Tom. I.

Praca ta, aczkolwiek wychodzi z pod pióra ekonomistki-specjalistki (naukowo-społeczna działalność prof. Daszyńskiej-Golińskiej uczczona została niedawno poświęceniem specjalnego tomu „Ekonomisty”), zawiera немало momentów, które winny zainteresować każdego lekarza, społecznie myślącego.

Żyjemy w czasach, gdy i wśród lekarzy nie brak głosów pesymistycznych o „zmierzchu” medycyny, o medycynie na rozdrożu (Bier, Krehl, Sauerbruch, Liek i inni), i gdy cały nacisk przesuwany obecnie jest na higienę, higienę socjalną, eugenikę i t. d. „Człowiek, jako jednostka i zbiorowisko, stanowi cel, do którego odnoszą się badania nauk humanitaro-społecznych. Państwo i społeczeństwo zainteresowane są kształtowaniem warunków, w jakich jednostka przychodzi na świat, wzrasta, żyje i przekazuje życie następnym pokoleniom” — w tych kilku słowach autorka formułuje kierunek, w którym dążyć winny, stojąc na straży uzdrowienia stosunków ludności jakościowo oraz ilościowo, medycyna i higiena socjalna wraz z eugeniką.

W rozprawie swej autorka wykazuje ogromną erudycję. Nic prawie nie uchodzi jej uwagi, a całokształt wszystkich zagadnień polityki populacyjnej ma w niej badacza pilnego i sumiennego. Ciekawe są rozdziały: Neomaltuzjanizm, gdzie autorka występuje w obronę ruchu, stawiającego sobie za cel świadome regulowanie przyrostu ludności, „Kwestja kobieca”, w której kobieta ma odegrać rolę głównego regulatora tegoż świadomego przyrostu, „Zadania polityki rasy” — z zarysem celów tej polityki i metod jej postępowania, „Nędza” — jako czynnik zwyrodnienia psychofizycznego szerokich warstw ludności pracującej i ubogiej, „Prostytucja” i „Eugenika”.

Nie miejsce tu jest na szczegółowy rozbiór każdego rozdziału osobna — zaznaczyć należy jeszcze, iż cała praca zawiera obfity materiał liczbowy — wynik własnych długoletnich badań — oraz wielką zasługą autorki jest i to, że potrafiła — materiał ściśle naukowy — ująć w formę popularną i przystępną dla szerokiego koła kulturalnych czytelników.

E. Birsowski.

Lecznictwo.

KOLLE. O postanowieniach drugiej międzynarodowej konferencji higienicznej w Genewie w sprawie salwarsanu i jego pochodnych. (Ther. Ber. Nr. 3 — 1927).

Pośród licznych leków chemicznych istnieje cały szereg takich, które nawet najwprawniejszym chemikom niezawsze udaje się otrzymać w stanie całkowicie czystym. Preparaty tego rodzaju mogą skutkiem tego wywoływać niepożądane działania uboczne. Dla uniknięcia przykrych powikłań zebrała się z inicjatywy wydziału zdrowia Ligi Narodów w r. 1923 specjalna komisja w Edynburgu, składająca się z wybitnych chemoterapeutów, farmakologów i fizjologów. Drugi zjazd tej komisji odbył się w r. 1925 w Genewie i był poświęcony sprawie salwarsanu i jego pochodnych. Zjazd ten uchwalił poruczyć prof. Kollé z Frankfurtu wytworzenie i rozdział standardowych preparatów salwarsanowych, a prof. Vögtlinowi z Waszyngtonu preparatów sulfarsfenaminowych. Ustalono, że każda serja przed oddaniem jej do użytku powszechnego należy wypróbować na zwierzętach co do jej jadowitości, pod względem chemicznym i biologicznym i pod względem jej wartości leczniczej.

Próby biologiczną postanowiono wykonywać na białych szczurach.

Dla oceny wartości leczniczej należy dokonywać prób na zwierzętach, zakażonych trypanozomami, albowiem okazało się, że najlepsze wyniki oceny salwarsanu osiąga się właśnie przy tej próbie.

Powyższe postanowienia Komisji Zdrowia Ligi Narodów mają wielkie znaczenie dla wytwarzania preparatów salwarsanowych i oceny osiągniętych z ich pomocą wyników leczniczych; umożliwiając one pozbawione ujednostajnienia i porównanie wartości leczniczej różnych preparatów salwarsanu i pozwalając piśmiennictwu naukowemu wyrażać odpowiednie pojęcia i oceny w jednej dla całego świata lekarskiego postaci.

J. Typograf.

K. ZIELER. O działaniu szkodliwym ubocznym salwarsanu. (F. der Ther. 1926 — Nr. 11).

Autor uważa, że większość uszkodzeń, spowodowanych przez salwarsan, pochodzi z niewłaściwego sposobu stosowania. Bez względu na to, czy chodzi o przedawkowanie, niewłaściwą technikę, ko-

rzystanie z zepsutych lub wogóle toksycznych rozczywnów, niedostateczne uwzględnienie ogólnych zachorzeń ustroju, zlekceważenie drobnych objawów działania ubocznego — wszystko to może spowodować mniejsze lub większe objawy szkodliwe.

Co się tyczy uszkodzeń, spowodowanych przez złe preparaty salwarsanowe, to od czasu zaprowadzenia prawie we wszystkich krajach przymusowej kontroli państwowej, nie mają one żadnego znaczenia praktycznego. Oryginalny salwarsan z Höchst podlega np. przed wypuszczeniem do użytku wszechstronnemu chemicznemu, farmakologicznemu i klinicznemu badaniu, zapewniającemu zarówno nieszkodliwość preparatu, jak i potrzebną siłę działania leczniczego.

Gorączka po zastrzyknięciu, bóle głowy, brak łaknienia, mdłości, wymioty, bóle żołądkowe winny służyć, jako ostrzeżenie przy dalszym stosowaniu. Jednak nawet na cięższe uszkodzenia ustroju, jak np. ostry obrzęk mózgu, lub rozlane objawy skórne, zachorzenie wątroby, objawy skazy krwotocznej, można w większości przypadków wpłynąć pomyślnie.

Jako środki zapobiegawcze, nie dopuszczające do groźniejszych objawów, autor proponuje w odpowiednich przypadkach wzmacnianie osłabionej akcji serca przez naparstnicę, kamforę, kofeinę, tonizowanie układu naczynioruchowego adrenaliną, przy oznakach obrzęku mózgu — spokój, środki narkotyczne, opróżnienie jelit i upust krwi (około 250 cm³). Przy najcięższych nawet napadach drgawkowych natychmiastowe nakłucie lędźwiowe. Dożylnie zastrzykiwanie chlorku wapnia i domięśniowe zastrzykiwanie adrenaliny wzmacniają działanie nakłucia.

Przy odpowiednim postępowaniu ciężkie lub śmiertelnie się kończące powikłania posalwarsanowe winny stać się taką rzadkością, że przy kolosalnym rozpowszechnieniu tego nie dającego się obecnie zastąpić środka, nie mogą mieć prawie żadnego znaczenia i w każdym razie nie dorównują liczbie nieszczęśliwych przypadków przy stosowaniu chloroformu.

J. Typograf.

MÜHLFORDT. O sposobie unikania powikłań salwarsanowych bez zmniejszania wielkości potrzebnej dawki leczniczej. (Derm. Woch. 1926 Nr. 50).

Unna już w r. 1885 zaproponował podawanie kwasu solnego dla celów zapobiegawczych podczas stosowania silnie redukujących leków. Autor przypomniał tę metodę i wypróbował jej wartość odnośnie do powikłań salwarsanowych. Wyniki kliniczne z dużymi dawkami salwarsanu (kobiety nie mniej, niż 0,45, mężczyźni nierzadko 0,75 neosalwarsanu *pro dosi*) przy jednoczesnym podawaniu kwasu solnego w następującej postaci: *Ac. hydrochlorici dil* 20,0, *Syr. Rubi Id.* 80,0, *Aq. dest ad* 200,0, S. 3 do 5 razy dziennie po łyżeczkę, do herbaty, przemawiają za celowością takiego postępowania, albowiem autor ani razu nie spostrzegł w tych warunkach powikłań salwarsanowych, podczas gdy u tych chorych, którzy nie otrzymywali tej mieszaniny, stwierdzono częstokroć salwarsanowe zajeżenie skóry. Pożądanem okazało się podawanie kwasu solnego jeszcze w ciągu 5 dni po ostatnim wstrzyknięciu.

Wobec tego, że autor uważa, iż dla skutecznego przeprowadzenia kuracji należy koniecznie podawać duże dawki, sposób jego, usuwający za pomocą podawania kwasu solnego niebezpieczeństwa tych dużych dawek, może okazać się bardzo cenny. Dawki salwarsanu, mimo ich znacznej wielkości, mogą być nieszkodliwe w zupełności przez osłabienie redukującego działania salwarsanu na krew wskutek częściowego zmniejszenia jej zasadowości. Umożliwia to nawet przedawkowanie. Autor zwraca szczególną uwagę na fakt, że ta mieszanina kwaśna ma znaczenie jedynie zapobiegawcze, a nie lecznicze.

Jaki jest rzeczywisty sposób działania kwasu solnego, pozostaje narazie przedmiotem sporów. Powiększenie zawartości kwasowej krwi przez podawanie kwasu solnego ma jakoby sprzyjać lepszemu odżywianiu się komórek i związaniu przez nie salwarsanu, podczas gdy przy kwasocie niedostatecznej salwarsan, jako środek silnie redukujący, pochłania tlen kosztem komórek, które otrzymują go w ilości niedostatecznej i łatwiej ulegają uszkodzeniu.

Na tej zasadzie należy unikać wstrzykiwań salwarsanu w okresie, gdy zasadowość krwi jest szczególnie wysoka, t. zn. w stanach głodu i ożywionego trawienia. Chwila możliwie największego zakwaszenia krwi wypada w kilka godzin po spożyciu pokarmów i na mocy doświadczenia klinicznego jest to w istocie najodpowiedniejsza chwila dla dokonywania wstrzykiwań.

J. Typograf.

Znieczulanie.

SZMIDT. Znieczulanie gazem rozweselającym. (Ther. d. Gegenw. 1927, z. 4).

Znieczulanie gazem rozweselającym lub też kombinacją tegoż z eterem i tlenem przy pomocy aparatu Roth-Träger'a powinno być stosowane narówni z usypianiem eterem i znieczulaniem miejscowym. Gaz rozweselający nadaje się najlepiej do operacji na głowie, szyi i kończynach, u kobiet bardziej niż u mężczyzn, u ludzi szczupłych bardziej, niż u tęgich, u kachektycznych i niedokrwonych lepiej, niż u pełnokrwistych, u osób starszych, osłabionych i u dzieci bardziej, niż u osobników młodszych i silnych.

Z.

KALINA. Badania doświadczalne i kliniczne w sprawie znieczulania oliwą eterową przez odbytnicę. (Monatsschr. f. Lar. Rhin, 1927 z. 4).

Na 14 przypadków powyższego znieczulania miał autor 2 przypadki śmierci: raz wskutek ostrego żółtego zaniku wątroby, drugi raz z powodu porażenia ośrodka oddechowego. Te 2 zejścia nie szczęśliwe dały asumpt do badań na zwierzętach: ciśnienia krwi, częstości i głębokości ruchów oddechowych, jakoteż tętna, ruchów serca i wpływu na wątrobę znieczulania eterowego przez odbytnicę. Wyniki doświadczeń były następujące: spadek ciśnienia krwi, podwojenie liczby oddechów przy mało zmienionej głębokości, niezmiennia liczba skurczów serca, większe lub mniejsze zmiany tkanki wątrobowej. Obok dodatnich stron omawianego znieczulania: dobre poczucie subiektywne, mniejsze podrażnienie dróg oddechowych, operowanie bez przeszkód na głowie i szyi — występują strony ujemne: podrażnienie odbyticy, dłuższe przygotowanie, niemożność wpływnia na przebieg narkozy, niepewność wyniku, powikłania ze strony oddechu, serca, wątroby i kiszki. Te ujemne strony stanowią przeszkodę do szerszego stosowania tej metody znieczulania.

Z.

JACOB. Znieczulanie małymi dawkami eteru przez odbytnicę do operacji na twarzy. (Ann. des malad. de l'oreille 1927 Nr. 6).

Lawatywa opróżniająca w wigilję operacji. Lawatywa oczyszczająca w dzień operacji. Dokładne wydalanie całej wody. Wprowadzenie do odbyticy na głębokość 10 ctm, zgłębnika (Charrière Nr. 25), przez który powoli z pauzami w przeciągu 15 minut wlewa się mieszanek następującą: *Aether pro narc.* 40—80 ctm³ (stosownie do wieku i wagi), oleju kamfor. 1% 20 ctm³, oliwy 100 ctm³. Należy unikać wywołania bólesci w brzuchu. Zatkanie zgłębnika. Zastrzyknięcie podskórne morfiny. Rozpoczęcie narkozy eterowej przez usta w dawkach, powoli powiększonych do uspienia głębokiego, wyciąganie języka. Działanie znieczulania przez odbytnicę rozpoczyna się w ½ godziny po waniu oliwy eterowej. Nawet długotrwałe operacje nie wymagają dalszego znieczulania. Chorzy mówią, słuchają rozkazów, ale po obudzeniu się nic nie wiedzą o operacji. Przebudzenie się następuje zwykle zaraz po wyjęciu zgłębnika. Wymioty po operacji zdarzają się rzadko.

Z.

EICHHOLTZ. Znieczulanie przez odbytnicę przetworem E 107 = Tribrometylalkohol. (Kl. Woch, 1927, Nr. 24, str. 1163).

Powyżej 450 środek omawiany ulega rozkładowi i stanowi silny jał dla śluzówki jelit. Do uniknięcia podrażnienia kiszki służą specjalne przepisy rozpuszczania leku. W doświadczeniach na zwierzętach szybki początek i szybkie zakończenie uspienia, wpływ na serce i ciśnienie krwi nieznaczny. — Butzengeiger miał dobre wyniki od stosowania małych dawek (0,1 na kilo wagi, w razie potrzeby dodatek 0,02 do 0,05 na kilo wagi). W niektórych przypadkach obok tego lekka narkoza eterowa.

Nordmann unika podrażnienia kiszki przez rozpuszczanie leku w *decoctum Salep.* Inni autorowie spostrzegali ciężkie powikłania ze strony kiszki, raz nawet śmierć z powodu osłabienia czynności serca, tłuszczowego wyrodnienia serca, wątroby i nerek. Większość autorów odradza stosowanie E 107.

Z.

HAAS. Usypianie przez odbytnicę za pomocą E 107 (Dtsch. med. Woch. 1927, Nr. 33).

Zastrzyknięcie 0,02 pantoponu. Wlanie do odbyticy na głębokość 12—15 ctm. E 107 w ilości 0,15 na kilo wagi, tu i owdzie nawet tylko 0,07. Chorzy zasypiają bardzo szybko. Zbyt głęboki sen daje się usunąć przez wypuszczenie nadmiaru leku. W 42% przypad-

ków okazała się potrzeba dodania małych ilości eteru, w 6% wynik uspienia ujemny. Najdłuższy przeciąg czasu do wystąpienia uspienia wynosił 20—30 minut. Ciśnienie krwi podczas narkozy spada wybitnie, co wyraża się zabarwieniem twarzy bladოსinim, przepelnieniem krwi i zwolnieniem jej obiegu w odcinkach obwodowych, dającym się zauważyć w ciemnowisniowym kolorze krwi i obfitem krwawieniu. W 5 przypadkach stwierdzono ciężkie krwotoki pooperacyjne. Po ukończeniu operacji pozostała w kiszce reszta awertyny wypuszczano przez rurkę jelitową. Kilku chorych miało objawy lekkiego podrażnienia kiszki. Po operacji głęboki sen trwał 1—4 godzin, a kilka razy jeszcze dłużej. W 10% niepokój ruchowy.

Z.

LOBENHOFFER. O uspieniu przetworem E 107. (Munch. med. Woch. 1927. Nr. 29).

L. stosował powyższe uspienie około 200 razy i uważa je za zupełnie bezpieczne i nie połączone z przykremi następstwami. Nie nadają się do tej narkozy chorzy, których kiszka nie może być gruntownie opróżniona, jakoteż osoby z niskim ciśnieniem krwi i dzieci, które często też nie zatrzymują lawatywy. Chorzy po przebudzeniu nie wiedzą nic o operacji, a długi sen uważają za dobrodziejstwo. Jeden raz tylko spostrzegano silne podniecenie. Zaburzeń żołądkowych, skłonności do zapalenia oskrzeli i płuc E 107 nie wywołuje. Dwa razy stwierdzono uszkodzenia błony śluzowej kiszki, co autor kładzie na karb zbyt silnego ogrzania roztworu. Jeżeli uspienie nie jest dosyć głębokie, należy dodać wdychanie eteru; chlorku etylu autor nie zaleca. Tymczasem środek nadaje się tylko do stosowania klinicznego.

Z.

B. SIEVERS. O uspieniu awertynowem u dzieci. (W. Med. Woch. Nr. 30 — 1927).

Mimo naogół nieprzychylny opinii, jaką spotkała awertyna (E. 107) w praktyce, podaje autor pomyślne wyniki stosowania uspienia awertynowego w 124 przyp. dziecięcych.

Awertyna jest alkoholem trójbrometylowym (J. G. Farbenindustrie); w 100 cm³ wody rozpuszcza się 2,5 gr. E. 107, ogrzewając dokładnie do 450 C.; roztwór studzi się do 400 i przechowuje w tej cieplocie. Do lat 3-ich aut. stosuje 0,1 — 0,125 — 0,15 w odsetkach na 1 kg. wagi; powyżej lat 3-ich nie przekracza dawki 0,175; unosząc wysoko miednicę, wprowadza cewnik Nelatona (Charrière 4 — 5) do odbyticy, wpuszczając powoli (1 cm.³ — 3") 50—60 cm³ świeżo przygotowanego roztworu o cieplocie ciała; 12 — 15 min. przytrzymuje się rękoma odbyt, zapobiegając wypływowi cieczy. Przed podaniem narkozy dobrze jest stosować djete małosolną. Pomyślnych przebiegów miał autor 81,4%.

Działanie awertyny rozpoczyna się już po kilku minutach, w sposób zupełnie podobny do normalnego snu. Długotrwałość snu pozwala dziecku przespać cały okres bólów pooperacyjnych, pozostawiając prawie zupełną amnezję.

Z wtórnych zaburzeń wymienia autor zapaść, znaczny spadek ciśnienia krwi, zatrzymania oddechu; szczególnie pomocnym okazał się w tych przypadkach cardiazol.

Autor twierdzi że awertyna jest środkiem nadającym się do dalszych prób w dziedzinie narkozy dziecięcej.

M. G o l d m a n junior.

Gruźlica

B. KALLABIS. Grupy krwi a gruźlica. (B. z. Klin. d. Tub. t. 66, z. 4).

Matejal obejmuje 1070 chorych, z których 555 nie wykazywało żadnych objawów gruźlicy czynnej. Z 515 pozostałych u 250 stwierdzono prątki w płwocinie. Według grup krwi do I należało 8% chor. gruźliczych i 8% niegruźl., do II — 32% niegruźliczych i 44% gruźliczych, do III — 16% pierwszych i 15% drugich, do IV — 44% pierwszych i 33% drugich. Różnie między przypadkami gruźlicy zamkniętej i otwartej nie zauważono. Alperin otrzymał wyniki zbliżone, gdy tymczasem Hollo i Leonard (na 200 przypadkach) nie stwierdzili szczególnej różnicy między gruźliczymi a niegruźliczymi.

M. G.

K. STETTER. O zachowaniu się odczynu opadania krwinek po prowokacyjnych zastrzykiwaniach tuberkuliny. (Beitr z. Klin. d. Tub. t. 66, z. 4).

Po uprzednim dwukrotnym określeniu szybkości opadania krwinek wstrzykiwano tuberkulinę (0,1 — 1 mg.) lub tebeprinę

(1/40 — 1/20 — 1/10 mg) pod skórę, poczem znów określano szybkość opadania po 48 i 96 godzinach. Okazało się, że w nieobecności objawów gruźlicy nie notowano przyspieszenia opadania po tuberkulinie. Przypadki z ogniskami gruźliczymi w płucach zachowują się pod tym względem rozmaicie, wykazując naogół, o ile sprawa jest czynna, częściej przyspieszenie po tuberkulinie, które też trwa nieco dłużej. W każdym razie metoda ta sama nie nadaje się do odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej.

M. G.

F. HAESE. Gruźlica płuc i cykl miesięczkowy. (B. z Klin. d. Tub. t. 66. z 4).

Na podstawie dokładnej obserwacji 469 pacjentek w wieku lat 13 — 48 okazało się, że gruźlica odbija się na przebiegu perjodów podobnie, jak każda inna ciężka i długotrwała choroba organiczna. Znikanie perjodu i nieprawidłowości miesięczkowe stwierdził tylko w 17,4% przyp. Wbrew tedy częstym twierdzeniom dotychczasowym nicma powodu do przyjmowania wyraźnie uchwytne go wpływu gruźlicy na miesięczkę.

M. G.

E. GMELIN. Demineralizacja i gruźlica. (B. z Klin. d. Tub. t. 66, z. 4).

U 35 chorych z gruźlicą płuc (lekkich, średnich i ciężkich) przeprowadzono dietę Gersona, mającą na celu zakwaszenie ustroju. Dieta polega na obfitem podawaniu soli w postaci mieszaniny zwanej mineralogenem, na usunięciu soli kuchennej i na większym uwzględnieniu mleka, owoców i jarzyn. W diecie istnieją pewne sprzeczności, jeżeli idzie o zakwaszenie, gdyż świeże jarzyny i owoce zwiększają rezerwę alkaliczną. G. nie zauważył szczególnie lepszych wyników po stosowaniu omawianej diety, która zresztą przypomina zwykłą mieszaną dietę, przestrzeganą w sanatorjach dla chorych gruźliczych.

M. G.

P. WICHMANN. O wpływie t. zw. diety Gersona na gruźlicę skóry. (B. z Klin. d. Tub. t. 66 z. 4).

W 16 przypadkach wilka skóry widziano od stosowania diety Gersona, bogatej w tłuszcze, natomiast ubogiej w białko a zwłaszcza w węglowodany, dobre wyniki. Dodawanie mieszanki soli, t. zw. mineralogenu, zdaje się nie odgrywać wybitnej roli w tym względzie.

M. G.

Choroby narządów trawienia.

WIECHMANN i GATZWEILER. Insulina a czynność żołądkowa. (D. Arch. für In. Med. tom 157, zes. 3/4).

Badania rentgenologiczne wykazują, iż po zastrzyknięciu 40—50 jednostek insuliny, czas opróżniania się żołądka skraca się przeciętnie o 90 min. Badanie chemizmu żołądkowego w tych przypadkach wykazuje zwiększenie się kwasowości oraz powrót treści dwunastniczej do żołądka, po zastosowaniu insuliny. Osoby, znoszące dobrze napój alkoholowy, wykazały złą tolerancję (ból głowy) po insulinie. Zwiększenie szybkości wydalania treści oraz wzrost kwasowości należy uważać za skutek działania na nerw błędny.

B. Goldstein.

MOGENA i FERNANDEZ. O wartości klinicznej chromoskopji żołądkowej. (Arch. des med. digest. Nr. 8, 1927).

Badając metodę Glaessnera i Wittgensteina, wydzielanie czerwieni obojętnej przez śluzówkę żołądka, po zastrzyknięciu domięśniowym, autorzy dochodzą do wniosków następujących: Normalnie barwik w żołądku wydziela się po 14—67 minutach (przeciętnie 18—34 min.). W przypadkach zmniejszonej kwasowości później (20—49 min.) lub też wcale nie wydziela się. W przypadkach nadkwaśności już po 11—35 minutach. Mimo to nie można twierdzić, że wydzielanie barwika jest zawsze ściśle proporcjonalne do stopnia kwasowości. Po zastrzyknięciu histaminy — barwnik występuje wcześniej niż normalnie, wcześniej niż bez zastrzyknięcia histaminy u tego samego osobnika. Miejscem wydzielania barwika okazuje się śluzówka okolicy dna i przedsiionka odźwiernika żołądka. Podczas operacji okolice te okazały się zabarwione na czerwono. Najważniejszych danych dostarcza nam ta metoda dzięki swej czułości w przypadkach braku kwasu solnego, pouczając nas o stanie gruczołów wydzielniczych żołądka.

B. Goldstein.

RAMOMD i JACQUELIN. O kilku mało znanych obrazach radiologicznych nadmiernego wydzielania żołądka. (Arch. d. mal. de l'appar dig. 1927, Nr. 8).

Autorzy podają 3 obrazy, charakteryzujące nadmierne wydzielanie, a mało znane: 1) w przypadkach z małą ilością płynu, poziom barytu nie jest prosty, lecz tworzy linię skośną, obniżającą się od prawej strony ku lewej. 2) w przypadkach z większą ilością płynu baryt spływa wzdłuż prawego brzegu, lewy zaś brzeg zostaje wolny. Zjawisko to spowodowane jest brakiem lub zmniejszeniem napięcia mięśniowego przełyku oraz obecnością płynu, odpierającego baryt ku krzywiźnie malej. 3) W przypadkach skurczu śródżołądkowego z przyłączeniem przedniej ściany do tylnej występuje obraz smug pasmowatych, połączonych ze sobą linią barytu od góry i u dołu; cały żołądek ma kształt przewężony pośrodku. W nadmiernym wydzielaniu występuje również pasmowaty obraz, tutaj jednakże smugi od góry nie łączą się ze sobą.

B. Goldstein.

GOSSET, GUTMANN i JAKIEL. Próby zachowawczego leczenia zrostów trzewiowych. (Arch. des mal. de l'app. dig. 1927 Nr. 8).

Autorzy przedstawiają wyniki pierwszych prób leczenia zrostów trzewiowych za pomocą estru etylo-benzylowego kwasu cynamonowego, w 4% roztworze z dodatkiem thiosiuaminy w stosunku 1:100. Podawać należy preparat w postaci zastrzykiwania domięśniowego, codziennie po 1 cm³, w ciągu 12 dni, poczem 15 dniowa przerwa i nowa serja zastrzyknięć.

Polepszenie stanu ogólnego, ustąpienie bólów i t. p. jest zupełnie wyraźne, niemniej jednak autorzy zastrzegają się co do ostatecznych wniosków, w sprawie których wypowiedzą się dopiero po dłuższym doświadczeniu. U gruźlików należy zaniechać dodawania thiosiuaminy.

B. Goldstein.

F. ROMANG. Rentgenodjagnostyka kamicy żółciowej. (Forts. auf dem Geb. der Roentgenstrahlen, Tom. XXXV, zes. 6).

Autor, zastanawiając się nad rentgenodjagnostyką kamicy żółciowej, przychodzi do wniosków następujących: Zgodnie z założeniami teoretycznymi kamienie czysto cholesterynowe dają jasny cień na zdjęciu; mieszane tylko, o ile są dość zbite, czysto bilirubinowe — wcale cienia nie dają. W 50% przypadków znalezienia, a na drodze operacyjnej kamieni mnogich a w 60% znalezienia pojedynczego kamienia — radiografja kamicy była dodatnia. W każdym przypadku istnienia kamienia należy zbadać rentgenologicznie cały przewód pokarmowy, aby nie przeoczyć ewentualnych innych jego schorzeń. W 40% przypadków, t. zw. objawy pośrednie kamicy dały się wykazać zupełnie wyraźnie.

Do tych należą przede wszystkim: wklęsłość na stronie krzywizny dużej opuszki, spowodowane uciskiem powiększonego pęcherzyka, dalej „obrzymia“ opuszka — t. zw. „megabullus“; zniekształcenie i przemieszczenie żołądka, dwunastnicy i zagiecia prawego kątnicy, wroście skurcze, które mogą występować w dowolnym miejscu przewodu pokarmowego. Objawy te w połączeniu z dodatnim wynikiem cholecystragrafji dają nam możność zorientowania się co do charakteru kamicy żółciowej. Pewne wyniki daje metoda Graha ma a tylko w zastosowaniu dożylnym. Objawy uboczne, mogące w tych razach wystąpić, zdarzały się naogół rzadko. Jasne pola winny być uważane za jądra cholesterynowe kamieni, o ile zajmują położenie ściśle środkowe, w przeciwnym razie mogą powstawać i z innych przyczyn.

B. Goldstein.

Choroby dzieci.

Dr. med. Franciszek Ksawery CIESZYŃSKI. **Opieka położnej nad noworodkiem i niemowlęciem.** Warszawa 1927, str. 260.

Książka dobra, może nawet za dobra, o ile chodzi o czytelniczki, dla których jest przeznaczona. Jeżeli położna przeczyta parę razy książkę i często będzie do niej zaglądała, pozostanie jej w pamięci szereg rad i wskazówek bardzo cennych, któremi kierować się będzie z istotną dla dziecka korzyścią.

Wątpię wszakże, czy przeciętna położna, nie mówiąc już o starszych, które już z nauką teoretyczną zerwały, zrozumie bardzo zresztą przystępnie i jasno napisaną część p. n. patologja, a nawet i bardzo wiele szczegółów z fizjologii.

Natomiast wskazówki praktyczne podane są w formie bardzo jasnej, nie pozostawiającej żadnej wątpliwości co do wykonywania.

Znaczna większość podręczników, dotyczących ciężarnych, noworodków i młodych matek, pisana jest do pewnego stopnia dla sfer zamożniejszych, mogących sobie pozwolić na komfort dla dziecka. Tę samą cechę ma i książka D-ra Cieszyńskiego, choć może w nieco mniejszym stopniu.

Pomimo, że tytuł książki brzmi „Opieka położnej“, poleciłbym ją najgoręcej młodym kolegom. Znajdą w niej bardzo wiele cennych rad i nauczą się bardzo wiele.

A. Natanson.

K. KUNDRATITZ. O patogenezie Infantilismus intestinalis Hertera. (Jahr. f. Kinderh. t. 66, z. 5—6).

Na zasadzie dwóch spostrzeżeń przez siebie przypadków autor dochodzi do wniosku, że na powstanie *infantilismus intestinalis* składają się następujące czynniki: ogólna konstytucjonalna małowartościowość organizmu, neuropatia połączona z wagotonją, oraz zaburzenia w odżywianiu i uszkodzenie jelit, będące skutkiem chorób zakaźnych, w pierwszym rzędzie czerwoni. Obecność jednego czynnika nie wystarcza, jedynie zbiegowi tych wszystkich czynników przypisać można powstanie tego cierpienia. Wielu autorów widziało przyczynę powyższej choroby w zaburzeniu trawienia i w upośledzonej czynności wydzielniczej trzustki. Autor na zasadzie badania soku trzustkowego, który zawierał zwykle ilości zaczynów dla tłuszczu, węglowodanów i białka, oraz na zasadzie daleko idącego rozszczepienia tłuszczu w kale, przeczy tym przypuszczeniom. Zaburzenia ze strony jelita sprowadzają się jedynie do upośledzonego wchłaniania, połączonego z występującą często na pierwszy plan wzmoczoną perystaltyką, będącą wyrazem wagotonji. Zdaniem autora, uszkodzenie trzustki i gruczołów wewnętrznego wydzielania, stwierdzone za pomocą reakcji *Abderhaldena*, jak również i występujące w niektórych przypadkach zmiany anatomo-patologiczne w tych narządach, nie należą do obrazu chorobowego i są wtórne pochodzenia. W przypadku sekwijnym autora zmian anatomo-patologicznych w trzustce i w gruczołach wydzielania wewnętrznego nie znaleziono. Według autora leczenie *Schick'a* i *Wagner'a*, polegające na podawaniu dziecku obfitego pożywienia, bez zwracania uwagi na ilość i jakość wypróżnień, jest celowe i zgodne z wyżej wymienionymi poglądami na patogenę *infantilismus intestinalis*, bowiem przy istniejącym tu upośledzonym wchłanianiu i wzmocnionej perystaltyce należy podawać więcej pożywienia, by większa ilość jego została przez organizm wyzyskana. Do tego samego celu również zmierzają leczenie za pomocą podawania opium (*Freise i Jahr*), ponieważ przy zahamowaniu ruchu robaczkowego pokarmy dłużej przebywają w jelitach i w większym stopniu ulegają wchłanianiu.

M. Stopnicka.

WALLGREN. Szkolna endemja rumienia guzowatego (Jahr. z. Kinderh. 67 tom, 5—6 zeszyt).

Autor na zasadzie własnych spostrzeżeń doszedł do wniosku, że rumień guzowaty jest pochodzenia gruźliczego i występuje na schyłku okresu inkubacyjnego gruźlicy, w momencie gdy u osobnika zakażonego zjawia się wrażliwość na tuberkulinę. Rumień guzowaty jest tak swoisty dla gruźlicy, jak różyczka dla kiły, wysypka dla odry i t. p. Ponieważ jednak rumień guzowaty występuje niezczęsto, należy przyjąć obecność specjalnej, występującej niekiedy rodzinnie, dyspozycji u niektórych zakażonych gruźlicą osobników. Równoważnikiem podwyższonej ciepłoty, towarzyszącej rumieniowi guzowatemu, jest t. zw. gorączka inwazyjna, występująca w gruźlicy niemowląt. Nawroty rumienia guzowatego zaliczą być może od nowego zakażenia, bądź też powstają pod wpływem ostrych chorób zakaźnych (odra), wywołujących nagłą zmianę alergii.

Obserwowana przez autora szkolna endemja rumienia guzowatego w zupełności potwierdziła jego wcześniejsze poglądy. Do klasy, liczącej 34 dzieci w wieku 10 — 11 lat, przybyła dziewczynka 11 letnia dotknięta gruźlicą płuc i wydalaająca z płwociny ogromne ilości laseczników *Koch'a*. W klasie tej u trojga dzieci stwierdzono poprzednio odczyn *Pirquet'a* dodatni i stare zmiany w gruczołach wędkowych. Jakkolwiek u pozostałych dzieci w klasie odczyn tuberkulinowy nie był wcześniej robiony, autor przyjmując, że przeciętna liczba zakażonych dzieci w wieku lat 10-ciu wynosi w Szwecji 50 — 60%, sądzi, że wyżej wspomniane dzieci, nie wykazujące

zresztą żadnych objawów chorobowych i pochodzące z środowisk zdrowych, były prawdopodobnie w znacznej odsetce wolne od zakażenia gruźliczego. Po upływie około 8 tygodni, zachorowało kolejno 18-oro dzieci, u 12-orga wystąpił rumień guzowaty, u 6-orga ciepłota podwyższona, utrzymująca się od 1½ do 7 tyg., która jak dalsze badanie wykazało, spowodowana była przez czynną gruźlicę wędkową, u dzieci poprzednio zupełnie zdrowych. U wszystkich dzieci w klasie stwierdzono dodatni odczyn tuberkulinowy. Wystąpieniu alergii pod koniec okresu inkubacyjnego, towarzyszyły u 18-orga dzieci w jednych rumień guzowaty, u drugich gorączka. Dokładne badanie kliniczne i rentgenologiczne całej klasy wykazało u 4-orga dzieci zmiany wędkowe podejrzane w kierunku gruźlicy, u 12-orga gruźlicę wędkową, u trojga z nich poważny stan chorobowy wymagał leczenia szpitalnego. Pozostałe dzieci w klasie, a w ich liczbie troje, u których był stwierdzony uprzednio odczyn *Pirquet'a* dodatni, zachowały wobec szerzącej się infekcji względną odporność, nabytą najprawdopodobniej dzięki wcześniejszemu zakażeniu gruźlicą. Wystąpienie w jednym środowisku tak wielkiej ilości przypadków rumienia guzowatego, autor stara się objaśnić z jednej strony usposabiającą porą roku (wiosna), z drugiej zaś strony przypadkowemu zgromadzeniu się dzieci o odpowiedniej dyspozycji. Należy się liczyć z okolicznością, że poza dobrotliwymi, t. zw. „zankniętymi“ postaciami gruźlicy, zdarzają się u dzieci w wieku szkolnym również postaci zakaźalne. Stwierdzenie ich obecności jest niemożliwe przy jednorazowym, pobieżnym badaniu całej klasy. Lekarz szkolny powinien rozporządzać środkami pomocniczymi dla ustalenia dokładnego rozpoznania u dzieci gruźliczych, ponieważ pozostawianie w szkole dzieci dotkniętych zakaźną postacią gruźlicy, grozi wielkim niebezpieczeństwem.

M. Stopnicka.

W. L. AYCOCK. Epidemja porażenia dziecięcego spowodowana przez mleko. (American Journal of Hygiene, listopad 1927 r. str. 791 — 803).

Znany amerykański badacz porażenia dziecięcego opisuje ciekawą epidemję tej choroby, która szerzyła się za pośrednictwem mleka.

W październiku roku 1926 wybuchła gwałtowna epidemja porażenia dziecięcego w Anglii w mieście Broadstairs, posiadającym 15471 mieszkańców. Epidemja ograniczyła się tylko do Broadstairs i na sąsiednie miasta Margate i Ramsgate, bardzo blisko położone, nie przeszła. W tym samym czasie w pośród ludności, nie należącej do Broadstairs, zachorowały trzy osoby, które opuściły to miasto, kiedy epidemja była u szczytu. Chorowało wszystkiego 75 osób, z czego z wyraźnym porażeniem było 43; przypadki z porażeniem były skoncentrowane głównie na początku epidemji, poronne przy końcu. Z ogólnej liczby 75 przypadków 62 miały miejsce między 14 a 29 października, a 31 zarejestrowano w ciągu 6 dni. Charakterystyczną cechą epidemji było również to, że chorowała przeważnie ludność zamożna, szczególnie dzieci w internatach. Rozkład chorych według grup wieku nieco inny, niż zwykle spotykamy, bo 49 zachorowań przypadało na lata 5 — 15. Okres wylegania był długi, wynosił od 6 do 14 dni.

Szczegółowe badanie wykazało, że wszyscy chorzy korzystali z mleka tej samej mleczarni bezpośrednio, lub pośrednio. We wszystkich przypadkach udało się stwierdzić, że mleko było dostarczane przez dwóch mleczarzy, ale jeden z nich, który miał największą liczbę przypadków, ustępował część mleka drugiemu, wśród którego klientów były również w tym samym czasie zachorowania. Prawdopodobnie tylko mleko z jednej fermy (zakażenie nastąpiło między 2 — 4 października), ograniczenia epidemji tylko do konsumentów mleka, pochodzącego z tego samego źródła, rozmieszczenie przypadków, samoistne szybkie wygaśnięcie epidemji i szereg innych czynników wskazują, że w danym przypadku zakażenie przeniesione było wyłącznie przez mleko.

M. Kacprzak.

Wskazówki praktyczne.

— Pastyłki *Anacot* (fabr. przetw. chem. dr. W a n d e r), kombinacja formaldehydu, kwasu cytrynowego i mentolu, oddają dobre usługi we wszystkich *sprawach zakaźnych jamy ustnej i gardzieli* zarówno w sensie zapobiegawczym, jak i leczniczym. Również i w niezbytach gardzieli u palaczy i ludzi, pracujących w kurzu, pastylki anakotowe przez swe działanie rozpuszczające śluz okazały się skuteczne. nemi.

(Fortschr. d. Ther. Z. 14.1927).

— Durand poleca środek przeczyszczający *Tabalax* (fabr. przetw. chem. Temmler) w postaci tabletek, zawierających *extract. frang. sicc.*, fenoltaleinę i suche drożdże i działających przeważnie na jelito grube. Jedna do dwóch pastylek, zażyte zrana naczczają, wywołują po upływie 4—5 godzin miękkie, papkowate wypróżnienie. Dla kobiet karmiących środek ten nie nadaje się, gdyż przechodzi częściowo do mleka, które nabiera własności przeczyszczających.

(Fortschr. d. Ther. Z. 16.1927).

— Lichtenstein podaje następujące informacje o przetworze „*Testaza*“ (fabr. przetw. chem. w Osnabrück): Jest to prze-

twór z jąder byczych z dodatkiem johimbiny i podfosforynu wapnia; stosuje się w *zaburzeniach sfery płciowej*. Ponieważ przetwory jąder wywołują czasami wzmoczenie ciśnienia krwi, więc testazę kombinuje się z innym przetworem tejże fabryki „Animaza“, przygotowywaną z błony wewnętrznej i środkowej wielkich naczyń i mającą własność obniżania ciśnienia krwi. Testaza znajduje się w handlu w postaci pastylek, z których każda zawiera 4 gr. świeżych jąder zwierzęcych. Daje się 3 razy dziennie po 1 — 2 pastylek w ciągu 1 — 2 miesięcy.

(Fortschr. d. Ther. 2.18 — 1927).

— Nipperdey poleca *Phloginę*, zawierającą kwas fenylecynoninowy (z dodatkiem garbnika i glinu dla poprawienia smaku), w przypadkach, w których atofan wywołuje utratę łaknienia, ściskanie w dołku, nudności. Phloginę stosuje się w pastylkach, zawierających 0,5 kwasu fenylecynoninowego i pozbawionych w zupełności przyręku smaku. Żadnych dolegliwości ze strony żołądka Phlogina nie wywołuje.

(D. m. Woch, 1927, Nr. 44).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

Posiedzenie z dn. 27.X 1927 r.

1) Hellin pokazał chorego, któremu usunął *modzelowatość krtani* (stwierdzoną na podstawie badania drobnowidowego), która szczególnie silnie rozrosła się na prawej strunie głosowej. W kilka tygodni po usunięciu modzelowatości zjawilo się porażenie prawego m. pierścieniowo-nalewkowego tylnego. Zwężenie głosu jest wskutek tego b. znaczne, duszność występuje jednak tylko przy wchodzeniu na schody kilkupiętrowe.

Co do leczenia, to można by pomyśleć o usunięciu zwężenia albo za pomocą przeszczepienia chrząstki, albo kości wziętej z zębra lub piszczeli po faryngotomji lub o wycięciu chrząstki nalewkowej.

Referent prosi kolegów o wypowiedzenie się w tej sprawie.

D y s k u s j a.

L u b l i n e r: Od czasów choroby cesarza Fryderyka III przywykliśmy zapatrywać się na pachydermję z następczą nieruchomością struny, jako na sprawę złośliwą. To nie jest zwyczajny niedowład m. *postici*.

K a r b o w s k i: Przypadek ten przypomina te ciekawe przypadki, w których należy rozpoznawać między kiałą a rakiem.

P i e n i a ż e k: Pachydermję w rodzaju opisanej przez kol. Hellina zwykle się kończą rakiem.

K o e n i g s t e i n: Pachydermja u starszych ludzi zwykle jest zwiastunem raka. Badanie drobnowidowe nie jest miarodajne.

K m i t a: Przypadek, który wyglądał, jak sprawa okołomiędżalkowa, okazał się złośliwym mięsakiem.

Z e b r o w s k i: Nacieczenie w danym przypadku już jest prawdopodobnie nacieczeniem rakowatym. Co robić? Przedewszystkiem zbadać na odczyn W a s s e r m a n n a. W razie potrzeby zrobić tracheotomję i powtórne wycięcie próbne.

P ę s k i: Już warto tracheotomję i nawet laryngofissurę zrobić, następnie zastosować rad.

H o l l i n: Badanie na odczyn W a s s e r m a n n a było robione, chory wypił 3 butelki jodu. Nie przypuszczam, żeby tutaj był rak. Wycięcie próbne było dość głęboko zrobione. Rad może dać obrzęk, tak, że warto byłoby przedtem zrobić tracheotomję.

2) T r y j a r s k i przedstawił *dluta-haki* własnego pomysłu, służące do usuwania wewnętrznej ściany zat. *H i g h m o r a* po uprzednim jej przebieciu trójgranicem V e l e m i n s k y e g o mniejszego kalibru. Powyższe dluto-hak ma tę wyższość nad dotychczas stosowanym konchotomem wygiętym, że znacznie przyspiesza tempo operacji, a w razie skrzywienia przegrody vis-à-vis zatoki jest niezastąpionem, czyniąc zbędnym uprzednie operowanie przegrody w obecności rop.

3) K a r b o w s k i. (*Bronchografja*).

Po omówieniu techniki wprowadzenia płynów kontrastowych ze specjalnym uwzględnieniem metody poprzecznościowej, prelegent

zwraca uwagę na niektóre momenty techniczne, ułatwiające wprowadzenie płynów zwyczajną strzykawką krtaniową i tem samem czyniące zabieg tem mniej przykrym dla chorego. Na szeregu klisz demonstruje prelegent oskrzele wypełnione płynem kontrastowym; na niektórych z tych klisz płyn kontrastowy wypełnił również i oskrzele górne wraz z jego rozgałęzieniami. Na zakończenie zademonstrowane zostały klisze przypadków patologicznych rozszerzenia oskrzeli.

D y s k u s j a.

T r y j a r s k i robił wlewania przy pomocy bronchoskopu dla celów dajagnostycznych.

Z e b r o w s k i przypomina, że łatwo byłoby za pomocą dyrektoskopu H a s l i n g e r a robić wlewania.

K a r b o w s k i nie przecenia metody i dodaje, że warto byłoby dojść do tego, żeby można było wprowadzać środki lecznicze do płuc.

Sekretarz: B. C h o r a ż y c k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Wzrastająca stale liczba spostrzeżeń *kiłowego zapalenia tętnicy głównej* dała S c h l e s i n g e r o w i asumpt do wygłoszenia odczytu na ten temat w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich.

W ostatnich latach kiła zmieniła swój charakter: zapalenie tętnicy głównej, schorzenia układu nerwowego i cierpienia stawów stały się zjawiskiem o wiele częstszym, zaś zajęcie błon śluzowych i skóry znacznie rzadszem, niż dawniej. Tę zmianę obrazu klinicznego kiły starają się objaśnić bardziej intensywną interwencją leczniczą; według zdania wielu autorów, kuracja salwarsanowa jest przyczyną zmiany obrazu klinicznego kiły. Salwarsan skracając okres czasu, upływający pomiędzy zakażeniem a wystąpieniem późnych następstw choroby (wiądu, porażenia, schorzeń stawów, zapalenia aorty). Statystyka E. F r e n k l a (Hamburg) wykazuje na tę samą liczbę sekcij: w r. 1909 — 10 razy, w r. 1910 — 17 razy, w r. 1912 — 50 razy zapalenie tętnicy głównej. Według statystyki L a n g e r a (Berlin, szpital V i r c h o w a) w latach 1906/7 znaleziono zapalenie aorty w 33% sekowanych luetyków, a w roku 1925, przy równoznacznej liczbie odnośnych sekcji aż 83,8%. *Aortitis tuerica* stwierdza się u trzeciej części dotkniętych więdem i porażeniem. Często spotyka się kombinację ateromatozy z zapaleniem kiłowym aorty. Zapalenie to bardzo często umiejscawia się w aorcie wstępującej, która też jest zwykle rozszerzona. Tętniak jest często następstwem kiłowego zapalenia tętnicy głównej; według R o m b e r g a i V a q u e z a wszystkie tętniaki workowate są pochodzenia kiłowego; jeżeli, zresztą, nie wszyscy autorzy zdanie to podzielają, to jednak z pewnością większość tętniaków nieurazowych powstaje na tle kiły. Tak samo i większa część przypadków niedomykalności zastawek aorty, powstałej nie na gruncie zapalenia wsierdza, jest pochodzenia kiłowego. Również i większość przypadków niedomykalności zasta-

wek aorty z objawami dławicy piersiowej należy położyć na karb kily, która w tych razach przechodzi na tętnice wieńcowe i wywołuje zmiany zastawkowe w aorcie. Schlesinger stwierdzał we wszystkich przypadkach stenokardji zmiany anatomiczne w tętnicach wieńcowych. Wiele przypadków nagłej śmierci ma za przyczynę kilowe zapalenie mięśnia sercowego. Lokalizacja anatomiczna tlomaczy objawy kliniczne: szmer systoliczny u aorty, akcentowany drugi ton aorty przy niepodniesionem ciśnieniu, ograniczone rozszerzenie aorty wstępującej i bóle aortalne. W razie przejścia choroby na zastawki spostrzega się często dusznicę sercową i nawroty obrzęku płuc. Tylko w 2/3 przypadków stwierdza się dodatni odczyn serologiczny. Dodatni odczyn serologiczny u osobników starszych, dotkniętych zaburzeniami cyrkulacyjnymi, przemawia za kilowem zapaleniem aorty. Najlepsze rokowanie daje schorzenie aorty wstępującej. Szczególnie pomyślnie rokować można w przypadkach jednoczesnej kily nerwowej. Kilowe zapalenie aorty często bywa w statystykach podawane, jako mimochodem stwierdzone. Trudno przypuścić, aby te liczne osobniki stare, w statystykach tych podawane, nabyły kilę w późnym wieku, albo żeby akurat u nich okres czasu, który upłynął pomiędzy zakażeniem a zmianami w naczyniach krwionośnych, był tak długi. U wielu osób, spostrzeganych przez prelegenta, stwierdzone było zapalenie aorty już przed 12 i

nawet 15 laty. W nieco więcej, niż w połowie przypadków, zapalenie aorty jest przyczyną zgonu, śmierć następuje względnie szybko po wystąpieniu cierpienia. Niebezpieczeństwo rychłego zgonu jest największe wtedy, kiedy się wytwarza tętniak, kiedy występują napady stenokardyczne lub w przypadkach niedomykalności aorty.

Leczenie może usunąć napady dławicy piersiowej i zmniejszyć tętniaki. Jedni autorzy radzą kurację łagodną, drudzy energiczną, intensywną. Istotna wartość tej ostatniej nie jest jeszcze dowiedziona: statystyka Niemiec północnych, gdzie w ogólności leczą intensywnie, nie przemawia na korzyść tego leczenia. Prelegent najchętniej stosuje jod, rtęć i bismut z następną kuracją salwarsanową (powoli wzrastające dawki), z ogólną dawką niezbyt wysoką (do 3,5). W pierwszym roku kuracja dwukrotna. Salwarsan może być zastąpiony stowarsolem (dawka całkowita 6,0 — 8,0). Leczenie doustne stowarsolem stosuje się w pierwszym roku dwa razy, w drugim i trzecim po jednym razie. Po salwarsanie S. często daje odwar Z i t m a n n a.

(Wien. Med. Woch. 1928, Nr. 1).

Z. S.

Przegląd terapeutyczny.

O wynikach leczenia przewlekłego wrzodu trawiennego przy pomocy metody, złożonej z naświetlań promieniami Roentgena, płukań żołądka, alkalizacji, atropinizacji i t. d.

Podał

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG (Warszawa).

W roku 1913-ym K o d o n ¹⁾, jako pierwszy, naświetlał przypadki wrzodu żołądka promieniami R o e n t g e n a, przyczem w 4 przypadkach udało mu się spowodować znaczną poprawę objawów i dolegliwości chorych. W roku 1917 B r u e g e l i W a c h t e r ²⁾ stosowali naświetlania promieniami X w przypadkach z nadkwaśnością i nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. Autorowie ci podają, że pod wpływem naświetlań występowało wyraźne zmniejszenie się kwaśności soku żołądkowego. W roku 1919 M e n z e r ³⁾ naświetlał przypadki wrzodu trawiennego z bardzo dobrym wynikiem. L e n k, H o l z k n e c h t i L i e b m a n n ⁴⁾, N a g e l s c h m i d t ⁵⁾, K o t t m a y e r ⁶⁾, L e d e u x - L e b a r d ⁷⁾, S o l o m o n ⁸⁾, G u n z e t t i S i c h e l ⁹⁾ i inn. również stosowali tę metodę leczniczą w przypadkach wrzodu trawiennego i wszyscy zgodnie donosili o osiągniętych dobrych wynikach. Według tych autorów pod wpływem naświetlań szybko ustępywały bóle, wydzielanie żołądkowe zmniejszało się ilościowo, stężenie „wolnego“ i związanego kwasu spadało, zmniejszała się, wzgl. znikała nadmierna pobudliwość ruchowa żołądka, ewentualne krwotoki żołądkowe ustawały; chery szybko się poprawiał, przybierał na wadze i mógł wrócić do pracy.

Bodaj największą dotychczas statystykę przypadków wrzodu, leczonych przy pomocy naświetlań promieniami X, ogłosił S c h u l z e - B e r g e r ¹⁰⁾. Z pośród jego 77 odnośnych chorych, 52 zostało „zupełnie“ wyleczonych, 16-u wykazywało znaczną poprawę i tylko 9-u nie odniosło żadnej korzyści z tego leczenia.

Dzięki większemu rozpowszechnieniu się rentgenoterapii wrzodu w ciągu ostatnich paru lat, udało się dokładniej poznać zarówno jej wartość leczniczą, jakoteż jej działanie na poszczególne objawy i dolegliwo-

ści chorego. Przedewszystkiem nastąpiło pewne rozczarowanie co do nadzwyczajnej skuteczności tej metody. Tak naprz. B e n s a u d e, S o l o m o n i O u r y ¹¹⁾ podali, że pośród 7 chorych z wrzodem żołądka, leczonych naświetlaniami, zaledwie w jednym przypadku nastąpiła poprawa zupełna, w dwóch—lekką, przemijającą poprawą, zaś w 4-ch nie udało im się stwierdzić żadnego dodatniego wyniku. Nieco lepsze wyniki dała tym autorom rentgenoterapia przypadków bolesnych schorzeń czynnościowych żołądka, a mianowicie: z pośród 11-u odnośnych chorych 5-u wyzdrowiało zupełnie, 2-ch lekko się poprawiło i tylko 4-ch nie wykazywało żadnej poprawy. Jak widzimy, wyniki lecznicze, osiągnięte (przy pomocy dokładnie odmierzonych, według najnowszej techniki stosowanych naświetlań) przez B e n s a u d e a, S o l o m o n a O u r y e g o, znacznie odbiegają od niezwykle dobrych wyników, podawanych przez autorów dawniejszych.

Jeszcze bardziej, niż ocena wartości leczniczej rentgenoterapii w przypadkach schorzeń żołądka, zmieniły się poglądy na wpływ naświetlań na poszczególne objawy przedmiotowe i podmiotowe, występujące u tych chorych.

Przedewszystkiem stwierdzono, że działanie promieni bynajmniej nie we wszystkich przypadkach wywołuje zmniejszenie się kwaśnego wydzielania żołądkowego. M i e s c h e r ¹²⁾ podał, że po jednorazowym naświetleniu żołądka ilość soku żołądkowego wzrastała do 3-go dnia po naświetleniu, po 14 dniach zaś spadała poniżej prawidła, poczem następował powolny przyrost aż do poziomu dawniejszego. Stężenie „wolnego“ kwasu solnego spadało do 8-go dnia, potem wzmagalo się, a dopiero p 2½ miesiącach wracało do wartości prawidłowych. M i e s c h e r stwierdził zatem, że stosunkowo dość długi czas po jednorazowym naświetleniu kwaśność treści żołądkowej jest wzmożona. C z e z o w s k a ¹³⁾ stosowała codziennie słabe naświetlania żołądka w przypadkach nadkwaśności i kwaśności prawidłowej, przyczem spostrzegala, że w jednych przypadkach pod wpływem naświetlań występuje zrazu spadek, a potem wzmożenie się kwaśności treści żołąd-

kowej, zaś w innych przypadkach wręcz przeciwnie, ilość wydzielonego kwasu z początku wzrasta się, a potem zmniejsza się.

Badania Bensaudea, Solomona i Ouryego (l. c.), również wykazały, że poszczególne osobniki różnie oddziaływują na naświetlanie. Pod wpływem jednorazowego naświetlenia dawką, wynoszącą 500 R (24,5), w jednej trzeciej części przypadków stwierdza się wyraźny spadek kwaśności. Spadek występuje mniej więcej w godzinę po naświetlaniu, trwa jednak niedługo, albowiem nazajutrz kwaśność treści wraca do poprzedniej wartości. W znacznej większości ($\frac{2}{3}$) przypadków jednorazowe zastosowanie powyższej dawki nie wywołuje żadnej, dającej się wykazać zmiany wydzieliny żołądkowej. O wiele wyraźniejszy jest wpływ szeregu naświetlań na jakość i ilość soku żołądkowego. W 55% przypadków spostrzega się, najczęściej po 11-u do 16-u, niekiedy już po 7-iu naświetlaniach, a tylko wyjątkowo pomiędzy 3-tem a 5-tem naświetleniem spadek stężenia „wolnego” HCl (nieraz do $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ pierwotnej wartości) i nieco mniej znaczny spadek kwaśności ogólnej. W 25% przypadków spadek kwaśności jest o wiele słabszy, zaś w 20% przypadków nie można wykazać żadnej zmiany chemizmu treści żołądkowej. W niektórych przypadkach autocrowie spostrzegali, że po pierwszych kilku naświetlaniach kwaśność treści żołądkowej wyraźnie wzrastała się, by zmniejszyć się dopiero pod wpływem dalszych naświetlań. Po ukończeniu serii naświetlań kwaśność treści żołądkowej zazwyczaj wykazywała nie tylko szybki powrót do wartości poprzednich, lecz nawet wyraźne wzmoczenie się. Co się tyczy ilości wydzielanego soku żołądkowego, to, jak podają ci autorowie, naświetlania promieniami X nie wywierały na nią żadnego wpływu. Również Kolta¹⁴⁾ spostrzegł, że naświetlanie promieniami Roentgena osobników z wrzodem żołądka często nie wykazuje żadnego działania na kwaśność i ilość soku żołądkowego.

Wpływ naświetlania na nadmierną czynność ruchową żołądka w przypadkach wrzodu daje się niekiedy stwierdzić pod ekranem. Tak np. Kodon i Wilms¹⁵⁾ spostrzegali zniknięcie skurcze odzwierciana po paru naświetlaniach. Bensaude, Solomon i Oury, Korbsch¹⁶⁾ i inn. również są zdania, że promienie X mają pewne działanie „spazmolityczne”. O dobrym wpływie naświetlań na zahamowanie krwotoków donosił szczególnie Schulze-Berger (p. w.) i inn. — Jednakowoż należy zaznaczyć, że głównym powodem, dla którego niektórzy autorowie gorąco polecają stosowanie rentgenoterapii w przypadkach wrzodu trawiennego, jest jej działanie przeciwbólowe. To analgetyczne działanie promieni X występuje w dość znacznym odsetku przypadków wrzodu trawiennego i niektórych bolesnych schorzeń czynnościowych żołądka po kilku, niekiedy nawet już po pierwszym naświetleniu. Jednakże według nowszych badań, przeciwbólowe działanie promieni X nie zaznacza się w całym szeregu przypadków wrzodu albo też spostrzega się je tylko w ciągu bardzo krótkiego czasu, poczem dolegliwości chorego wracają w całej pełni.

Krótki zarys powyższy, oczywiście, nie ogarnia całości odnośnego piśmiennictwa. Tem nie mniej wydaje mi się, że już na podstawie wyników, osiągniętych przez wymienionych autorów, można przejść do wniosku, że rentgenoterapia wrzodu trawiennego i innych

bolesnych spraw chorobowych żołądka umożliwia złagodzenie, a czasami usunięcie objawów i dolegliwości pacjentów w pewnym odsetku przypadków, jakkolwiek nie jest, bynajmniej, środkiem leczniczym o zawsze pewnej i niezawodnej skuteczności.

Na czym polega działanie promieni X na objawy wrzodu żołądka?

Nad tem zagadnieniem t. j. raczej nad wyświetleniem istoty ogólnego działania promieni Roentgena na żywą komórkę pracuje szereg badaczy i to nie tylko lekarzy, lecz także biologów, fizyków, elektrotechników, chemików, krystalografów i nawet matematyków. Wciąż mnożą się spostrzeżenia i teorje w tej dziedzinie. Na podstawie przyjętej obecnie niemal powszechnie elektronowej teorji budowy atomów promienie Roentgena wywierają swe działanie na żywe komórki przez przemieszczenie elektronów, krążących w atomach na inne tory albo przez zupełne wytrącenie elektronów poza obręb atomów. Elektrony, wydrębnione z atomów, wywierają silne działanie na fizyczno-chemiczne właściwości pierwowzorca komórek, m. inn. wpływają na elektroosmotyczne sily, regulujące przenikanie do wnętrza komórki różnych ciał, obecnych w jej otoczeniu tudzież usuwanie z komórki różnych ciał, w niej nagromadzonych (Mayer¹⁷⁾, Groedel¹⁸⁾ i inn.

Według poglądów wielu autorów promienie X wywierają szczególnie silny wpływ na komórki nerwowe oraz na włókna i zakończenia nerwów w naświetlanej tkance. W myśl tych poglądów starano się także objaśnić działanie lecznicze naświetlań w przypadkach różnych schorzeń żołądka, a mianowicie: jedni autorowie przypuszczali, że promienie X działają szczególnie na nerwy czuciowe, wydzielnicze, wzgl. ruchowe, drudzy znowu uważali, że głównie działanie promieni na nerwy naczyńnioruchowe (zarówno zwięzające jako też rozszerzające światło naczyń) przyczynia się do osiągnięcia skutków leczniczych przy stosowaniu naświetlań. Jednakże dokładne badania histologiczne O. Straussa¹⁹⁾ dowiodły, że śluzówka naświetlanego żołądka nie wykazuje żadnych zmian.

Depiero badania Hirscha i Petersena²⁰⁾ rzuciły nieco światła na obchodzące nas tutaj zagadnienie. Ci dwaj autorowie spostrzegli mianowicie, że stężenie jonów wodorowych krwi natychmiast po naświetleniu nieco wzrasta, a zasób zasad ulega zmniejszeniu. Natomiast w 24 godziny po naświetleniu odchylenie krwi przesuwają się na czas dłuższy w stronę zasadową.

Do podobnych wniosków przyszedł także Kroetz²¹⁾, który przypuszcza, że przyczyna tego działania promieni X tkwi w stanie wzmoczonego podrażnienia ośrodka oddechowego. Cluzet i Kofman²²⁾ spostrzegali, że u królików, na drugi dzień po naświetlaniu, P_H krwi przesuwają się w stronę zasadową; ta wzmoczona zasadowość czynna krwi trwała około 6 dni i dopiero po 12 dniach P_H krwi wracało do poziomu poprzedniego. Badania Kolta i Foerster²³⁾ na ludziach dowiodły, że natychmiast po naświetleniu odczyn krwi jest bardziej zasadowy, poczem szybko wraca do stanu poprzedniego, by wreszcie po 24 godzinach znów zmienić się na bardziej zasadowy, tym razem na czas dłuższy.

Wyniki powyższych badań Hirscha i Petersena oraz inn. nasuwają myśl, że dobry skutek na-

światła promieniami X w przypadkach wrzodu trawiennego również jest następstwem przesunięcia odczynu soków ustroju w stronę zasadową. To przypuszczenie wydawało mi się szczególnie prawdopodobnem dla niżej wyluszczonych powodów, a mianowicie: w ciągu badań własnych (Cyttronberg²⁴) mogłem przekonać się, że podczas okresu międzytrawiennego w przypadkach wrzodu trawiennego ilość wydzielonych do jamy ustnej i do dwunastnicy wartości zasadowych jest wyraźnie mniejsza, niż ilość kwasu, wydzielanego przez śluzówkę żołądka w ciągu tego samego okresu czasu. Poza tem wiadomą jest rzeczą, jak często w przypadkach wrzodu trawiennego następują skurcze odźwiernika oraz wpustu, co, oczywiście, znacznie utrudnia ślinię oraz treści dwunastniczej dostęp do wnętrza żołądka. Wszystkie te warunki wpływają łącznie na to, że podczas okresu międzytrawiennego treść żołądkowa nie zostaje w dostatecznej mierze zobojętniana przez ściekającą ślinę i regurgitowana treść dwunastniczą, w następstwie czego wszelkie owrzodzenia, powstałe na jakimkolwiek bądź tle w pewnych odcinkach żołądka, szczególnie narażonych na trawienne działanie treści żołądkowej, mają nader utrudnione warunki gojenia się. Ponieważ w przypadkach wrzodu trawiennego, częstokroć miałem sposobność stwierdzić, że obok gruczolów ślinowych, wątroby, trzustki i dwunastnicy także nerki wydzielają stosunkowo mniejszą ilość zasad, niżby można było spodziewać się wobec znacznego wydzielania jonów wodorowych przez śluzówkę żołądka, przyszedłem do wniosku, że wogóle w tych przypadkach ustrój odznacza się skłonnością do zatrzymywania zasad. Wobec braku danych, wskazujących na uszkodzenie nerek lub innych narządów, biorących główny udział w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju (płuca, narząd krążenia, wątroba i t. d.), przyczyny tego zatrzymywania zasad szukałem w pewnem zwiększeniu powinowactwie tkanek ustroju do jonów OH⁻, t. j. w pewnym stanie kwasicy tkanek. Do zupełnie podobnych wniosków przyszli na innej drodze także Bálint²⁵ oraz Simnicki²⁶. Ponadto Bálint wykazał doświadczalnie, że kwasica tkanek wywiera wpływ nader ujemny na skłonność wszelkich ubytków i owrzodzeń do gojenia się, i że, przeciwnie, usunięcie, względnie zmniejszenie kwasicy tkanek przyspiesza gojenie się owrzodzeń.

Wobec powyższych wyników badań własnych oraz doświadczeń Bálinta i Simnickiego postanowiłem przeprowadzić w kilku przypadkach wrzodu trawiennego taką metodę leczenia, któraby odpowiadała możliwie wszechstronnie i ściśle warunkom potrzebnym do zwiększenia skłonności wrzodu do gojenia się. Do tych warunków zaliczam: 1) możliwe zwiększenie ilości zasad, wydzielanych w okresie międzytrawiennym przez gruczolę ślinową, wątrobę, trzustkę i dwunastnicę, 2) ułatwienie odnośnym wydzielaniem możliwości przedostania się do wnętrza żołądka przez możliwe zmniejszenie skurczu wpustu i odźwiernika, 3) zmniejszenie zakwaszenia tkanek, 4) usuwanie z ustroju części wydzielonych przez śluzówkę żołądka jonów wodorowych, przez co uniemożliwia się ich ponowne wessanie w jelicie i wreszcie 5) zobojętnianie nadmiernej ilości kwasu, zawartego podczas okresu trawiennego w treści żołądkowej, przez zasady wprowadzone z zewnątrz.

Żadną ze stosowanych dotychczas metod leczenia wrzodu trawiennego sama przez się nie czyni w zupełności zadość powyższemu warunkom. Musiałem zatem zdecydować się na stosowanie metody złożonej, a mianowicie polecałem jednocześnie przeprowadzenie: a) diety przeciwwrzodowej (dosyć zresztą łagodnej), b) naświetleń promieniami X, c) systematycznych płukań żołądka, d) alkalizacji i umiarkowanej atropinizacji ustroju.

To leczenie przedstawiało się w ogólnych zarysach, jak następuje: 1) Chory przebywał możliwie dłużej w łóżku, jednakże wykonywał w miarę konieczności najniezbędniejsze czynności zawodowe, niepołączone z większym wysiłkiem fizycznym lub umysłowym. 2) Pożywienie chorego składało się pokarmów rozdrobnionych, półpłynnych i płynnych łatwostrawnych, niedrażniących śluzówki żołądka i pożywnych. Wszelako unikałem zbytniej jednorodności pokarmów. 3) W odstępach 3—4 dniowych chory był naświetlany dawką promieni X, wynoszącą około $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$ dawki skórnej. 4) Przed każdym naświetleniem dokładnie płukałem żołądek chorego ciepłą wodą w ilości około 2 litrów. Do wody dodawałem niewielką ilość sody i węglaną bizmutu. 5) Chory otrzymywał 3—4 razy dziennie na wysokości trawienia po jednej łyżeczce mieszaniny alkalicznej, zawierającej dwuwęglan i cytrynian sodu, węglan magnezu lub wapnia (zależnie od stanu wypróżnień) i nieco bizmutu a także atropinę w ilości od 0,0005 do 0,001.

Po otrzymaniu przez chorego całej dawki skórnej (t. j. po 4—6-ciu naświetlaniach) chorego więcej nie naświetlano, natomiast wszystkie inne powyżej wymienione środki dietetyczno-lecznicze były stosowane w dalszym ciągu przez następne 4 tygodnie; kuracja trwała zatem około 6 tygodni.

Dotychczas tę metodę leczenia przeprowadziłem w 18-u przypadkach, a mianowicie: w 12-u przypadkach (bez względu na pewnego) wrzodu żołądka i dwunastnicy, u 2-ch osobników z bólami i innemi dolegliwościami; po dokonaniu, nasutek wrzodu trawiennego, zespoleniu żołądkowo-jelitowem, w 2-ch przypadkach z nadkwaśnością i hipersekrecją oraz dolegliwościami, nasuwającemi podejrzenie wrzodu, którego jednakże nie udało się wykazać, wreszcie w 2-ch przypadkach kamicy żółciowej. W 2-ch ostatnich przypadkach chodziło mi rzecz jasna, głównie o to, by móc stwierdzić (na podstawie porównania wpływu powyższej złożonej metody leczenia na przebieg choroby u osobników, niedotkniętych wrzodem, z jej wpływem na objawy i dolegliwości osobników z wrzodem), — jak wielka jest jej celowość, względnie swoistość.

Zaznaczam z całym naciskiem, że do tego leczenia wybierałem wyłącznie przypadki, znajdujące się w mojej obserwacji, conajmniej od roku¹⁾ i w których dotychczas przy stosowaniu wszelkich metod leczenia nie udało mi się sprowadzić dłużej trwających okresów poprawy. Wszyscy chorzy, cierpiący na wrzód trawienny, przechodzili już dawniej ścisłą kurację dietetyczną, wszyscy otrzymywali przez dłuższy czas większe dawki zasad (sody, bizmutu, magnezu i t. p.), atropiny; u 3-ch chorych przeprowadzałem przed $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ roku leczenie przy pomocy nowoprotyny; dwo-

1) Wyjątek stanowił przypadek Nr. 2 (p. n.), w którym zastosowałem powyższą metodę leczenia już po 5-ciu miesięcznej obserwacji.

je chorych było dawniej naświetlanych z mego polecenia promieniami R o e n t g e n a i t. d., i t. d. Wszystkie te metody leczenia dawały pewien stopień poprawy pod postacią złagodzenia dolegliwości podmiotowych, pewnego przyrostu wagi ciała i t. p. Jednakowoż nie udało mi się u żadnego z tych chorych utrzymać tych okresów poprawy powyżej 2-3 miesięcy. Wsku-

tek tej właśnie ich odporności wobec wszelkich poprzednio stosowanych metod leczenia, a także wobec ich bezwzględnej niechęci przeciwko interwencji chirurgicznej zakwalifikowałem ich do leczenia, powyżej opisanego.

(Dok. nast.).

Krytyka Lekarska.

Lekarz a lecznictwo (*Hypochondria iatrogenetica*).

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa)*).

Lekarz a lecznictwo! Temat tak bogaty i rozległy, tak dalece drążący w głąb całej medycyny praktycznej i teoretycznej, że wyczerpanie choćby zasadniczych i podstawowych jego części ze stanowiska terapeutyki ogólnej, deontologii i medycyny społecznej wymagałoby obszernej monografii. Skromniejsze zakresiłem sobie zadanie.

Nie zamierzam pisać studjum socjologicznego na ten temat, ani też traktatu naukowego z medycyny społecznej z całym balastem cyfr i cytatał. Chodzi mi jedynie o poruszenie kilku spraw ważniejszych z dziedziny lecznictwa praktycznego i wykonawstwa lekarskiego oraz stosunku lekarza do nich.

Jaka jest główna rola lekarza i jaki główny obowiązek ciąży na nim, wiemy wszyscy. Przedewszystkiem obowiązuje go podawanie pomocy choremu a cierpiącemu. Leczyć, leczyć, i leczyć! Taki był i taki pozostanie na wieki, imperatyw kategoryczny ze strony pacjenta i jego otoczenia. Tak go sformułował ongi Asklepios, bóg zdrowia, taki był za czasów starożytnych Hipokratesa, Celsa i Galena, taki był w czasach średniowiecza Paracelsusa, Parégo i Sydenhama, taki jest obecnie i prawdopodobnie nigdy inny nie będzie.

Historja wszystkich czasów poucza, że znajdują się wśród lekarzy, jak i w innych zawodach i cechach, nie tylko odtwórcy myśli, ślepi wykonawcy zabiegów, ale i umysły głębsze, syntetycy i analitycy, teoretycy i historycy, jednostki twórcze, posuwające naukę naprzód, tworzące w każdej dyscyplinie lub uogólniające wiedzę i sztukę. Jest to talent wrodzony, czasem zdolność dziedziczona, nie obowiązująca bynajmniej każdego adepta medycyny zosobna. Ale leczyć i umieć leczyć ma obowiązek każdy bez wyjątku lekarz.

Trudno mieć urazę do lekarza, jeśli nie wszystko uleczyć potrafi. Są przeszkody, które natura postawiła medycynie, są granice, których przekroczyć nie umiemy. Oczywiście bezsilny jest najwybitniejszy lekarz wobec starości i starczej niewydolności organizmu, wobec ciężkich zatruc lub zabójczych zakażeń, wobec zbyt rozległych urazów lub wobec złośliwego nowotworu itp.

To też krytycznie rozumujące otoczenie nie ma i mieć nie może urazy do lekarza, posiadają-

cego w swej statystyce obok pomyślnych wyników i przypadków nieuleczalnych lub śmiertelnych. Trudno atoli nie robić zarzutów lekarzowi, który, będąc w posiadaniu wiedzy teoretycznej oraz środków praktycznych do racjonalnego leczenia, tak niezdarnie niemi manipuluje i operuje, tak nieumiejętnie je zastosowuje lub tak się nie liczy przy ich zastosowaniu z cechami indywidualnymi, somatycznymi lub duchowymi, pacjenta i otoczenia, że miast dać pomoc choremu i ulgę otoczeniu przynosić, raczej szkodę wszystkim wyrządza.

A mam wrażenie, że tu i owdzie tak się właśnie dzieje, że lekarze mimowoli i nieswjadomie przyczyniają się w poważnym stopniu do wytwarzania w pacjentach przedewszystkiem stanu chronicznej nerwowości, zaczynając od zwykłej neurastenji i neurozy, a kończąc na mniej lub więcej ciężkiej psychastenji i hipochondrji.

Umieszczając w podtytule artykułu: *hypochondria iatrogenetica*, nie mam bynajmniej zamiaru rozstrzygać w tem miejscu lub omawiać, co rozumie nauka obecna pod hipochondrją wogóle. Nie kuszę się również o określenie stanowiska pospolitej hipochondrji lekarzy praktyków do t. zw. nerwicy natręctw i anankazmu (*Zwangsnerosen*) neurologów z jednej strony lub do zwykłego przygnębienia melancholika i do licznych odmian obłądki hipochondrycznej (*hypochondrisches Irresein*) psychiatrów z drugiej. Nie chodzi mi nawet w danym artykule o ściśle naukową definicję samej hipochondrji.

Chcę pod tem mianem rozumieć to, co ogół lekarzy niespecjalistów pod nią pojmuje, a co tak klasycznie kreślili w swoich typach komedjowych przed 300 laty we Francji Molière (*Le malade imaginaire*), przed stu laty u nas Fredro (*Consilium facultatis*), a przed kilku laty w Niemczech Tomasz Mann (*Zauberberg*).

Nie zamierzam też poruszać w tem miejscu ani stosunku hipochondrji do pospolitej neurastenji i psychastenji, ani też stosunku hipochondrji do t. zw. nerwicy narządowych (*Organneurosen*) pochodzenia wago- i sympatykotonicznego, o czem w innym miejscu obszerniej mówiłem.

Chcę natomiast zwrócić uwagę na fakt niewątpliwy, że mnożą się, nie tylko u nas, w ostatnich latach nowe typy hipochondrji, nie wrodzonej, nie dziedzicznej, chociaż może na tle usposobienia neuropatycznego lub psychopatycznego powstałej i przez lekarza pośrednio wywołanej, — hipochondrji, w której on, lekarz, odgrywa rolę agent provocateur. Jest to swoista *Hypochondria iatrogenetica*, z lekarzem, jako egzogenym czynnikiem chorobotwórczym. A odmian jej notuje kilka, niektóre dawniejszym lekarzom dobrze znane, niektóre zupełnie nowe, a wszystkie

*) Odczyt wygłoszony 20.XII 1927 r. w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

przez lekarzy, nieumiejętnie ze swej nauki i wiedzy korzystających wywołane.

Badając hipochondryków swojskich, wkracza się tu i owdzie mimowoli z krajiny tragedji ludzkiej w państwo humorystyki.

Kilka pierwszych z brzegu autentycznych przykładów objaśni najlepiej rzecz samą, rzecz bynajmniej nie malej wagi praktycznej.

A) Chory budowy atletycznej miał przed wielu laty na żołądź minimalne cwrzodzenie, które w gruncie rzeczy, sądząc z wywiadów, najmniej przypominało chorobę weneryczną. Leczony był mimo to lata całe bardzo sumiennie, głównie w celu zapobiegawczym, antysyfilitycznie. Od lat kilkunastu uważa się ów chory słusznie za zupełnie zdrowego, i zdawałoby się, że sprawa pospolita zakończyła się pospolicie. Stało się atoli inaczej.

Tenże chory, obecnie żonaty i dzietny, cierpi od najmłodszych lat w nieznacznym stopniu na artretyczne bóle stawów, któremi dotknięci też są rodzice i trzy jego siostry, otyłe i cukrzyce. Pacjent wyjątkowo kiedy się zwracał do lekarzy ze swojemi przemijającemi bólami stawów, aż natrafił na jednego arcy sumiennego lekarza, przyjaciela, który przyłapawszy jeden plus w krwi, męczył nieboraka przez kilka lat, co miesiąc na przemian wykonywując analizę hemolityczną krwi lub płynu mózgowordzeniowego.

Od tego czasu, wpaklszy w hipochondrję, chory obchodzi wszystkich lekarzy, doszukując się dawno zapomnianego przymiotu przy absolutnym braku jakiegokolwiek objawu przebytej kily poza jednym jedynym plusem. Wytworzyła się formalna *consultitis chronica* u niezamożnego artretyka, hipochondryka i sztucznie wychodowanego syfilofoba, urządzającego ciągle narady lekarskie.

B) O wiele gorzej dzieje się z tą całą falangą istotnych luetyków i parasyfilityków, u których jad jest, jak w wulkanie wygasłym, w stanie nieczynnym, nie dając latami żadnych nowych objawów klinicznych. Osobników tych osłabiamy świadomie przez ciągle stosowanie zastrzykiwań specyficznych: podskórnych, domięśniowych i dożylnych, jedynie w tym celu, aby się stało zadość wielce problematycznej teorii *therapia sterilisans magna*, która głosi, że można, lub gorzej, że należy doprowadzić takie indywidualum do zupełnego zniknięcia śladu plusów w krwi i płynie.

A wszak lekarz praktyk obserwuje na każdym kroku, w szpitalu i klinice, przypadki, w których u luetyka lub tabetyka bez plusów występują tu i owdzie nowe i niepokojące objawy, podczas gdy plusowy (mówię o jednym lub dwóch plusach) cały szereg lat nie wykazuje ani jednego objawu. Jedno, co lekarz fanatyk, czyszciciel bezwzględny krwi i płynów, w tych razach napewno w tym kierunku osiąga, jest to, że tworzy legjon hipochondryków tabofobów, którym sztucznie zaszczenia strach, rujnujący organizm nieraz o wiele więcej od rzeczywistej organopatji rdzenia lub mózgu.

Zresztą, jak na rozumować, zapytujemy, i co ma czynić pacjent, który dzięki lekarzowi swojemu wierzy święcie, w przeciwieństwie do tego, w co wierzy na lawie szkolnej, że każdy plus oznacza zgubę i początek końca, gdy każdy minus gwarantuje na całe życie zdrowie syfilitykowi lub pseudosyfilitykowi?

C) Trzecią grupę, z którą się stykam często od lat kilku, reprezentuje: *hypochondria hypertonica*.

Doświadczony lekarz, mniemam, rozpcznawał dawniej i rozpoznaje obecnie bez trudności, macając tętno, wzmożone parcie krwi, a gdzie się waha, zastosowuje sam lub przy pomocy osoby trzeciej jeden z licznych tonometrów, mierzy ciśnienie i odpowiednio wyprowadza wniosek. Jest atoli typ lekarza, który z parciemierzem, jak z katarynką pod pachą, obchodzi swoją skąpą klientelę i który od tej modnej i bardzo rozpowszechnionej metody zaczyna oraz na niej kończy wszelkie badanie.

Wszak krytyczny lekarz rozumiał jeszcze w okresie przedtonometrycznym, że hypertoniczne nerwice serca nie o wiele rzadsze są wśród narodów cywilizowanych od wad organicznych serca; że hypertonię nógół spotyka lekarz w ambulansie swoim nie rzadziej od gruźlicy płuc; że nader liczne są odmiany hipertensji: esencjalnej i sercowej, nefrosklerotycznej i przymiotowej, neurotycznej i psychorodnej, poważnej i niewinnej, stałej i przemijającej, z prognozą dobrą i niepomyślną, o czem wszak zwykły śmiertelnik niewie i wiedzieć nie może; że czasem jedna dobrze przespana noc, odpooczynek dwudniowy w łóżku, kilkoldniowa djeta mleczno-owocowa, lub małowodna usuwa hipertensję.

Zresztą, hypertonię nie jest djagnozą, lecz objawem poszczególnym, nie przesądającym o tle, podłożu, etjologii. Jest to, co najwyżej, rozpoznanie czynnościowe, patologiczno-fizjologiczne. Może bowiem istnieć hipertensja bez zmian organicznych naczyń i serca i odwrotnie wada tych narządów bez śladu hipertensji. Nawet paralelizm między hypertonią a arterjosklerozą lub arterjolosklerozą, owym straszakiem lekarzopopularyzatora — staje się coraz bardziej problematyczny.

Hypertonik, nawet inteligentny, z tego wszystkiego sobie sprawy nie zdaje i chodzi ciągle w śmiertelnym strachu od jednego lekarza do drugiego, narzekając na swoje 130, 140, 150 ciśnienia, chciałby mieć mierzone parcie krwi — koniecznie z jego górną i dolną granicą — codziennie, jak tuberkulofob, który zasypia stale z termometrem w łóżku.

Mam takiego hipochondryka hypertonika w leczeniu, młodego inżyniera, który na skutek niefortunnego wykładu domowego lekarza swojego ciągle chodzi z obawą i przekonaniem, że bliska jest chwila, gdy jego naczynia pod wpływem wzmożonego ciśnienia pękają, jak pękają nieraz jego kotły pod wpływem wysokiego ciśnienia manometrycznego. Ów niewczesny „hipochondryk hypertoniczny“, młody małżonek, zaniedbuje dom i obowiązki małżeńskie, kładąc się i wstając z łóżka ze specjalnie z Wiednia sprowadzonym podręcznym tonometrem.

A wszak wystarcza lekarzowi, który koniecznie miluje wykłady przy łóżku chorego i bez nich obejść się nie może, dodać pacjentowi, przed którym wyladować musi swój nadmiar elokwencji i wiedzy, krótką uwagę, że jedynie stała hypertonię jest miarodajną wyłącznie, gdy przekracza pewną granicę i jedynie gdy towarzyszą jej ze strony narządów inne objawy, wyłącznie lekarzowi dostępne i przez lekarza sprawdzalne.

D) Zbliżony typ hipochondryka reprezentuje ów liczny kontyngens chorych, istotną lub urojoną miazdzącą tętnie dotkniętych, a formalnie niepoczytalnych, —dzięki lekkomyślności swojego lekarza—na punkcie słynnej sklerocy: *hypochondria sclerotica*.

Spotykałem niejednego 40—50-letniego osobnika, który, stale suggestjonowany, byle dolegliwości lub sensacje klatki piersiowej przypisywał sklerozie. A rozumiał pod nią sumienne złogi wapienne w różnych tkankach, osady w postaci magazynu soli conajmniej grubości tynku kilkucentymetrowego. U neurastenika taki wyraz bez znaczenia i bez treści, podsumięty nieogłędnie i nie w porę, równa się iskrze, rzuconej do prochowni. A wykład taki w sypialni chorego, natrafiający na głebę przeczuloną, wywołuje chaos w głowie chorego i zamęt w głowach otoczenia, mszzące się nieraz dobitnie na lekarzu samym.

Tragikomicznie brzmiały w ustach takiego hipochondryka mojego szczere jego zwierzenia, w których jak miecz Damoklesa wisiała nad istotą skazańca nawet nie ordynarna i pospolita sklerozą, nader wśród publiczności popularna, lecz subtelna i precyzyjna „presclérose“ Hucharda i hypotonja Bauera, jedyne resztki, zapamiętane przez pacjenta z lekceji popularnej lekarza domowego, dbającego dlań o pokarm duchowy i najnowsze zdobycze wiedzy. A hipochondryk taki nie rozróżnia sklerozy serca lub mózgu od otosklerocy lub obliteracji konstytucjonalnej naczyń obwodowych, od sklerozy rozsianej, bojąc się wszystkich jednocześnie i jednakowo w swojej pół-inteligencji i zastanawiając się nad tem, w którym „z 4-ch okresów sklerozy“ on we własnej osobie się znajduje.

Od czasu, jak nie obca mi jest treść takich wykładów przy łóżku chorego, pilnuję się mocno, gdy następnego dnia po takim koledze, wykładaczu wędrownym czyli prelegencie lotnym, przy odwiedzinach pacjenta zostaje pytany o ddiagnozę. Co mam np. powiedzieć licznej rodzinie, indagującej mnie na odchodnym, w przedpokoju i na schodach, zazwyczaj w niepokoju i w liczbie kilku osób, jednocześnie pytających o przyczynę pospolitego porażenia, zwykłej hemiplegji, u ojca rodziny, starca 70-kilkoletniego? Gdybym podejrzewał ropień lub guz w mózgu, który może być poddany operacji, miałbym bez namysłu odpowiedź gotową dla rodziny. Ale co powiedzieć o tej wulgarniej, codziennej hemiplegji, gdy istotnie kompromitować się nie chce, a walcze ze sobą, nie domyślając się, jak brzmiał wczorajszy, onegdajsz czy codzienny wykład o unaczynieniu kory i jąder podkorowych oraz następcza ddiagnoza anatopatologiczna lekarza domowego?

Słyszałem wszak w innych domach w analogicznych przypadkach skargi ze strony otoczenia i cierpkie wyrzuty, że każdy doktor „aż do zwarzowania“ inna stawał ddiagnozę: gdy jeden rozpoznał pęknięcie żyły aż na górnej i przednioobocznej powierzchni lewej półkuli mózgu, drugi mówił o wręcz innej rzeczy, mianowicie o zalaniu mózgu wskutek ataku apoplektycznego, trzeci zaś o jakimś zatanku i rozmięczeniu z paralizem, a czwarty już formalnie zbagatelizował wszystko, nazywając chorobę zwykłą sklerozą naczyń mózgu.

Raz jedyne przed wielu laty udało mi się w takiej ciężkiej sytuacji bez wyjścia uniknąć tortur, zadawanych mi przy badawczym egzaminie przez prowincjonalną pacjentkę, która chciała się „dokument-

nie“ w samej Warszawie od samego specjalisty dowiedzieć co do swojego perjodycznego bólu krzyża, co do istoty i natury swego wyjątkowo rzadkiego cierpienia, nawiasem mówiąc, lumbago. Słyszając, że różni lekarze, nb. wymyślni przez nią, różnie jej bóle nazywali: nerwami, przeziębieniem, reumatyzmem i t. p., ochrzciłem je naprędec, jako pacyfista z natury, dla powszechnej zgody, nie nie przesądającą nazwą wszechobejmującą „nerwowego przeziębionego reumatyzmu“, z czego była ogromnie zadowolona chora oraz niewątpliwie potępieni przez nią, jako kowale i nieuki, koledzy prowincjonalni, a przede wszystkim ja sam we własnej osobie, gdyż bez pseudopopularnego wykładu nie mógłbym jej jako superarbitr lepszej ddiagnozy anatomiczno-etjologiczno-patogenetycznej postawić.

Ale wszak tej metody nie mogłem lekką ręką zastosować do choroby mózgu i nie wiedziałem zresztą, jak dla dogodzenia niepowolanemu prelegentowi połączyć jego naukowy udar z rozmięczeniem, jego wykładowy zator z zakrzepem, jego popularną sklerozę mózgu z topografją i lokalizacją ośrodków kory i węzłów podkorowych i t. d., o których niewątpliwie z ferworem rozprawiał ów uczony lekarz—praktyk.

A *cui bono*, zapytuję, miewamy te pseudonaukowe wykłady, których od nas bardzo często nie wymaga ani chory, ani jego otoczenie?

E) Przechodę do dziedziny, przez fizjologów zwanej metabolizmem, w semietyce lekarskiej znanej jako grupa, skaz czyli zaburzeń przemiany materji. I w tym kierunku posiadam liczny poczet obserwacji, zwłaszcza jedną, nie mniej komicznie brzmiącą od poprzedniej, sięgającą początków tego stulecia, gdy nomenklatura przemiany materji nie była jeszcze w fin de siècle'u dość popularna wśród publiczności.

Pamiętam bardzo zamożną, ale niedokształconą kobitę pacjentkę restauratorkę, coś w rodzaju obecnych „nowobogackich“ powojennych, w okresie przekwitania, której znany praktyk miał nieostrożność, badając wątrobę nb. poprzez napięty, modny wówczas gorset fiszbinowy, oraz przez mocno otłuszczone powłoki brzuszne, rzucić nieogłędnie słówko: w tej jamie brzusznej są dość wyraźne oznaki choroby przemiany materji.

Brzmi to niby bardziej naukowo od ddiagnozy nadmiaru tłuszczu lub ogólnego otłuszczenia. Pacjentka owa, otrzymawszy bardzo racjonalne przepisy, w godzinę później przybiegła do mnie w panicznym strachu, abym zbadal brzuch i skontrolował, czy istotnie ma tam zleżałą „materję“. W tym wypadku terminologia pseudopoważna była znać niedostatecznie popularna, skoro przeciętna kobieta z ludu, która nb. przechodziła przed laty ropną sprawę jajników, chorobę przemiany materji mogła sobie tłumaczyć zbiorowiskiem zmienionej materji, zepsutej ropy w jamie brzusznej.

Ta hipochondrja, od skazy czyli diatezy zależna (*Hypochondria diathetica s. metabolica*), po tej wizycie czyli od owej chwili, tak całkowicie opanowała nieszczęsną neurasteniczkę, że szereg lat ze swoim brzuchem później objeżdżała wszystkie lekarskie powagi stołeczne oraz gwiazdy europejskie.

F) Przesadna a bezkrytyczna wiara ze strony lekarza w osady moczu i drobne uchylenia analizy od normy oraz suggestjonowanie w tym kierunku pacjentów pcha takich przyszłych kandydatów na hipochondryków do laboratorjów chemicznych w celu prze-

konywania się co kilka dni, czy jest indoksył i nabłonek płaski, czy są moczniki i fosforany, czy jest śluz i plewnik, czy są cegła, piasek i wapno. Ci hipochondrycy nauczyli się obecnie szukania co tydzień nawet mocznika we krwi w pracowni analitycznej, a kamieni nerkowych w gabinecie radiologicznym.

Kto z nas nie zna z typu *hypochondriacae analyticae* pacjentki, co to ma za złe lekarzowi, że podczas wizytacji nie studjuje szczegółowo przyniesionej flaszki dziennego i nocnego nb. kryształowo czystego moczu, że nie czyta, jak dziesięć przykazań, jej dziesięću rozłożonych na biurku analiz z ostatniego miesiąca, że nie układa ich w kolejnym porządku zawartości leukocytów od 1-go aż do 3-ich w polu widzenia lub białka od 0.01 do 0.03 *pro mille*?

A jest takich hipochondryków, u nas zwłaszcza, legion, skoro o tych właśnie białkowcach, jakbym ich nazwał, wspominał jeszcze przed wojną w swoim podręczniku słynny neuropatolog Oppenheim, wyraźnie zaznaczając, że ich spotykał głównie wśród przyjezdnych „polsko-litewskich pacjentów“, z których każdy prawie objuczony jest analizami z „ślądem białka“ lub z „ledwie widocznym śladem białka“.

Zapytać przeto warto, w jakim celu wymienia w analizie nie chemik-fizjolog, lecz zwykły chemik-praktyk absolutnie nie nie mówiące setne części *pro mille* lub t. zw. ledwie widoczne ślady białka, które balamucą i wprowadzają jedynie zamęt w głowie bezkrytycznego pacjenta. A taki hipochondryk wierzy święcie w to, że każda sensacja w dolnej części kręgosłupa, każdy ból krzyża jest to chora nerka z piaskiem i cegłą, którą analizator w analizie, a radiolog na fotografii natychmiastowo odkryć i ocenić djagnostycznie potrafi.

Przed laty natrafiłem na sztucznie zaszczeploną i *con amore* hodowaną odmianę *hypochondriacae urinariae* u istotnego arterjosklerotyka z dusznicą bolesną, który mnie zamęczał analizami z kilku pracowni warszawskich i prowincjonalnych, w których jako *memento mori* widniała skromniutka uwaga: nieco kryształów szczawianu wapnia.

Musiałem przeto, dla uspokojenia hipochondryka, spędzającego noce bezsenne w rozmyślaniach nad szczawiem i wapniem „formalnie“ się zdobyć na kontrodezyt treści aż nazbyt popularnej, że sól ta w urynie nie oznacza bynajmniej początku sklerozy wapniowej lub szczawiowej pęcherza i nerek, że nie jest to lekceważenie ze strony lekarza domowego, który w swoim czasie również pono zbagatelizował i przespał początek zwądnienia i sklerozy serca, lecz że dowodzi to raczej poprawy stanu ogólnego, odpływanie nadmiaru wapnia ze sklerotycznego organizmu na zewnątrz pod wpływem djety i naturalnej wody Vichy.

G) Badaj czy nie najbardziej rozpowszechniona — również dzięki niedokształconym lekarzom — jest *hypochondria diaetetica*.

A tutaj na pierwszy plan niespodzianie się wysuwa przesadna wiara w ogromną różnicę między czarnym mięsem a białym. Różnica ta, słusznie bagatelizowana praktycznie przez wielu znakomych fizjologów i klmicystów europejskich, u nas nietylko tula się po kątach, ale utrzymała się dotąd w całym swym majestacie dawnym, zwłaszcza w sanatorjach, gdzie każdy żąda i dostaje niepotrzebnie swoją indywidualną djete. My jeszcze ostrzegamy proletariusza przed dwu-

krotnem spożywaniem mięsiva i ryb w ciągu jednego dnia. My jeszcze, teoretyzując, męczymy lata całe kurą i cielecną biedaką, który niezawsze ma na marny ochlap wołowiny!

Komu z nas obcy jest typ hipochondryczki, nie rzadkiej wśród żydówek, która historję choroby rozpoczyna od przysięgi, że już od 20-tu lat nie miała w ustach ani kawalka mięsa wołowego, ani, broń Boże, chleba, pomimo że ogromnie tęskni za temi smakolykami. Są to często pospolite artrytyczki *minorum gentium*, którym kiedyś pod groźbą ciężkiego zachoreznia zabroniono bezmyślnie — zamiast redukować — te codzienne pokarmy, podczas gdy anglik, nie gorzej walczący ze swoją dną od nas, zjada bezkarnie, nie nadużywając ilościowo, swój befszyk, zaś Niemiec nawet popija obiad tu i owdzie szklanką białego piźnera, a francuz swoje *dîner* butelką czerwonego burgunda.

A ta, formalnie na żart zakrawająca walka chorego z lekarzem — fanatykiem przez całe tygodnie i miesiące o lyżeczkę szpinaku lub kawalek kalafioru, o jeden jedyny kartofel lub jajko, o szczyptę soli albo cukru, o małą filiżankę rosolu lub kawy czarnej, o surowe jabłko zamiast kompotu, o jeden kieliszek wina lub likieru w święto uroczyste i rodzinne, u chorego z uraturją lub oksalurją, z śladami albuminozy lub substancji redukujących, z neurastenją lub histeryją! Wszak empirja i doświadczenie lekarza — praktyka, wszędzie i stale górujące nad szarą teorją, nie zawsze kroczą w ogonie tej ostatniej, nie zawsze chadzają w absolutnej zgodzie i parze z krzywą, wykresem, diagramem, zdobytymi na zwierzątkach laboratoryjnych.

Zrozumieli? to w ostatnich czasach zagranicznii lekarze zrodzowi: kisingeńscy i nauheimscy, karlsbadzcy i marjebadzcy, dawniej najżarliwszą ortodoksyjni fanatycey w dziedzinie dietyki, którzy traktowali u *homo sapiens* spożywanie pokarmów jako czysto somatyczne wydzielanie soków żołądka, kiszek, wątroby i trzustki, czynność muskulatury narządów wewnętrznych bez współdziałania i współpracy psychiki i całego układu roślinnego, nader wrażliwego na wpływy wzruszeniowe, na uczucia, wstręty, niechęci, obrzydzenia itp. A wszak byli to lekarze, którzy naoznie się przekonywali codziennie, że jeden djabetyk cierpi przy 1/2% cukru, podczas gdy drugi dziesiątki lat dobrze się czuje przy 4%, że *jeden kuracjusz*, neurastenik żołądkowy, nie znośił młodego kartofelka przy lekkim obiedzie, gdy drugi zajał się bezkarnie jarzynami przy zapijaniu się wodami mineralnemi.

II) Może w tym miejscu wypadaloby obok hipochondryji djetycznej umieścić hipochondryję balneo-klamatyczną, przeważnie spotykaną u chorych płucnych i sercowych, przyczem zalecamy z wielką nonszalaneją miejscowość kuracjyjną.

Dawniej faworyzowaliśmy Nauheim i Kissingen, nierzadko zalecamy jeszcze obecnie zwykłym chorym gruźliczym, którym wystarcza byle szmat lasu zdala od kurzu miejskiego, obwłazkowo Meran i Davos, chyba jedynie po to, aby uczynić z ubożego tuberkulika jeszcze nieszczęsnego hipochondryka, tęskniącego wśród gorączki i potów aż do ostatniego tchu za temi krajami, w których pono nigdy niema i nie było gruźlicy, marzącego o wysokogórskim powietrzu, gdzie zginąłby na obczyźnie prawdopodobnie o kilka lat lub miesiąc.

cy wcześniej, niż na swojskiej wsi, w lasach otwockich lub w górach zakopiańskich. Zapominamy często, że zmiana klimatu, że powietrze wysokogórskie z jego promieniowaniem słonecznym, że powietrze północnomorskie z jego wiatrami wilgotnymi, stanowią dla naszego chorego już same przez się zabieg poważny, niezawsze dający się dawkować w terapii ciężko chorego na płuca i serce lub nerki i nerwy.

Wszak znamy wszyscy ten typ przypadłego chroniczaka i wierzącego hipochondryka w jednej osobie z warstwy uboższej, który z minimalną nadzieją na wyleczenie pędzi w dalekie kraje obce, by napawać się leśnym powietrzem w obcym sobie otoczeniu na poddaszu lub jako sublokator w przeladowanym alkierzyku, by zapijać się Mühlbrunnem bez śniadań i wieczerzy, by kąpać się według przepisów kuracyjnych zagranicą w solance naturalnej, w oryginalnym błocie Piszczan, redukując stopniowo w marę wyczerpania się funduszków i tak już subnormalną porcję chleba, masła i rozrywek.

Istotnie trudno nam lekarzom znaleźć normy porównawcze nader ściśle w pojęciu zacofanej i konserwatywnej publiczności ze stanowiska różniczkowo-terapeutycznego, np. dla Ciechocinka lub Inowrocławia, Karlsbadu lub Vichy, Krynicy lub Truskawca, Buska lub Solca itp., ale w sprawach wyżej wzniankowanych, płuc i serca, dokładnie ustalonych, bardzo łatwo byłoby uniknąć niepożądanych dywersyj, ominąć momenty, wywołujące t. zw. hipochondrję klimatyczną u chorego, zasłaniającą się po popularnym wykładzie nad tem, czy jest w 2-m czy też w 3-m okresie tuberkulozy, czy jest już kandydatem do odmy płucnej, czy też będzie nim za tydzień.

Jednym słowem, staramy się często zgłębiać psychologję neurotyka i psychopaty, zapominając, że jest nie mniej ważna psychologja specjalna ciężko chorych, chronicznie chorych, skazanych na zagładę chorych, umierających chorych, którą musimy obowiązkowo znać i uwzględniać. Lekarz, znawca psychogenezy pacjenta, wyjątkowo będzie nozogenetykiem.

Na każdym kroku winniśmy nasze suche rozpoznanie (djagnozę ogólną), mniejsza o to—czy jest anatomiczne czy funkcjonalne — jeśli nie ma być pustym frazesem — ożywić i uzupełnić przez przystosowanie do indywidualności pacjenta (djagnoza indywidualna) i jego sytuacji społecznej (djagnoza socjalna). Że taka „djagnoza personalna“ decyduje często więcej o zastosowalnej terapii chorego od dźwięku perkusyjnego Wintricha lub próby tuberkulinowej Pirqueta, leży jak na dłoni.

1) Trudno, mówiąc o hipochondrji iatrogennej, nie wspomnieć choćby słowem o hipochondrji seksualnej, raczej o rozległym wpływie sfery płciowej na psychologję ludzką wogóle. Zaszczepna jest tu rola lekarza, jako lekarza i doradcy. W każdym też poszczególnym przypadku nietylko może, ale winna ingerencja jego wpływać kojąco, nigdy zaś drażniąco.

Wszak zjawia się do nas i zwykły onanista, walczący bezskutecznie z nalogiem, którego wpływ na zdrowie on wielokrotnie przecenia. Zjawia się też były masturbant, któremu się trudno odzwyczaić nie od nalogu, dawnego porzuconego, lecz od samej myśli, że ongi popelnione grzechy młodzieńcze zemszczą się na nim w wieku późniejszym. Zjawia się kwitnący zdrowiem młodzieńcem, narzekający na niewinną fosfaturję, samostną prostatorę lub zmayı nocne. Zjawia

się wreszcie młody kandydat do małżeństwa z przykreimi sensacjami w sferze płciowej na tle przebytej i zupełnie wyleczonej przed laty lekkiej rzeżączki. Zjawia się również młody małżonek z wytryskiem przedwczesnym, lękającym, w dobrobycie i kwitnącym stanie zdrowia, potomstwa, a wraz z nim odwiedza nas biurowy kolega jego, prześladowany przez los, wychudzony i anemiczny urzędniczyna, biedny, ledwie wiążący koniec z końcem, błogosławiony zbyt obfitą progeniturą, a zgłasza się on z żalem i uzasadnioną obawą przed zbyt dalszym błogosławieństwem bożem. Oto typy tej mało ciekawej galerji, jaka się przesuwą dzień w dzień w ambulatorjum przeciętnego lekarza praktyka.

Że lekarz potęguje nieraz załazek, zaczątek hipochondrji seksualnej, przekonywałem się niejednokrotnie i przekonywam się codziennie.

Pomijam typ lekarza, który w nieświadomości swej znęca się nad podtatusiałym ojcem lub dziadkiem rodziny, nie chącym uznać impotencji starczej jako prawa natury, nie mającym może środków do wypróbowania na sobie odmładzania metodą Steinach'a lub Woronowa, niechętnie godzącym się z myślą, że nie wiele wogóle mu się już należy od życia płciowego, które musi przekazać w spadku swoim wnukom lub prawnukom. Pomijam typ lekarza — szalbierza, typ, w każdym wolnym zawodzie spotykany, który w celach osobistych leczy bez końca, który świadomie nie wyprwadza z błędu klienta z chorobą rzeczywistą lub urojoną.

Znam natomiast cały legion pacjentów: fosfaturyków, prostatoroików, byłych gonoroików, wczesnych ejakulantów, u których lekarz, nie szalbierz, i nie naiwny teoretyk, lekarz skądinąd sumienny, nawet zbyt sumienny, nieumiejętnym zachowaniem się, ani przez naukę ani przez takt wrodzony uzasadnionem, ledwie tlejącą się na dnie świadomości iskierejkę neurastenji rozdmuchuje niechcący do formalnej eksplozji ciężkiej hipochondrji, prowadzącej często do *taedium vitae*, a nawet do *tentamen suicidii*. A głównie przez to, że zamiast zbagatelizować objaw lub zespół, który istotnie na to zasługuje, zbyt go podkreśla, zbyt go eliminuje z całokształtu choroby, potęguje go w umyśle chorego, do jaźni jego na wieki przygwadza.

Jak się zachowuje pacjent, wierzący bezgranicznie w autorytet lekarza, po takiej wizycie, zazwyczaj połączonej z wykładem głębokiej treści seksuologiczno-wenerologicznej?

Jeden wyrwa sobie włosy z głowy, dlaczego pozabawił się na ławie szkolnej podczas lekcji nudnej trygonometrii „żywotnych soków“ i sprowadził „niemoc“, która bez radykalnego leczenia niewątpliwie przejdzie w zupełną impotencję, jeśli nie w rozmięczenie mózgu i mleczu. Drugi wyciska w klozecie, w łóżku, podczas zajęć biurowych ślady niewinnego śluzu krokowego z prącia i ogląda go pod powiększającym szkłem na papierze. Trzeci, nie rozróżniający między *impotentia coeundā* a *generandī*, przy każdej sposobności wydostaje *per fas et nefas* nasienie, aby kontrolować swoją niemoc spółkowania, dając zupełnie zdrową wydzielinę do analizy na plemniki, w przekonaniu, niestety, podtrzymywanem przez mało krytycznego lekarza, że w ejakulacie liczba i jakość plemników wpływają nietylko na siłę rozrodczą, ale i na siłę potencji. Czwarto ogląda każdą porcję uryny, obfitującej w sole

fosforowe lub moczanowe, oddając ją naprzemian do zimnego i gorącego naczynia i polując ciągle z lupą w rękę na osad lub nitkę śluzową. Ostatni wreszcie, ortodoksa z temperamentem, polipragmatyk z usposobieniem, najbardziej wierzący, śpieszy do wenerologa na ranne i wieczorne cewniki, psychrofony, masaże skombinowane z przodu i z tyłu, wyćskanie wszelkich gruczołów i gruczołków, przepędzanie byle i niebyle rzeźączki przez przypalenie tylnego odcinka cewki, przez kauteryzację *colliculi seminalis*, kwarcowanie kroczka i diatermię sąsiadujących z nim tkanek. A wszystko to się dzieje w myśl treści artykułu o jakiejś niemocy tylnocewkowej, artykułu, ogłoszonego może przed laty kilkudziesięciu przez lekarza nieodpowiedzialnego, — treści, nie potwierdzonej dotąd przez nikogo z poważnych klinicystów i nie wytrzymującej *a priori* krytyki pod żadnym względem.

Przypalać lub wypalać należy nie narząd, Boga ducha winny, lecz ideę błędu, który płata i tuła się w umyśle pacjenta. Słusznie porównywa Freud takie wypalenie idei z epinją chirurgiczną z przecinaniem ropnia, z wyskrobaniem ogniska karietycznego, wypalanie, które również tworzy lepsze warunki do zagojenia się rany czyli organicznego procesu chorobowego, w danym razie do zagojenia patologicznego, procesu myślowego.

Nie wiem doprawdy, czy więcej szkodziły psychice przeciętnego neurastenika nihilizm i sceptycyzm dawnej szkoły wiedeńskiej Oppolzera, Skody i Nothnagla, czy też obecna polipragmazja, składająca nie tania, zasypująca chorego co najmniej czterema lekarstwami, stosowaniem przez wszelkie możliwe otwory ciała i skóry, nie wliczając najnowszych, świeżych z igły specyfików zagranicznych oraz zabiegów świetlnych i balneologicznych. Zapomina nieraz młody adept medycyny, że większość ostrych zakaźnych cierpień znika dzięki *vis medicatrix naturae* niezależnie od zastosowania strzykawki ze specyficznym lub niespecyficznym płynem.

Sumienny lekarz wyczuwa nieraz ze strony takiego sztucznie wyhodowanego hipochondryka formalne niezadowolone, gdy mu przepisuje tylko skromną miksturę lub tak racjonalny, a bezsprzecznie aktywny zabieg jak zwykłą kąpiel rzeczną lub morską, wycierania zimne lub pospolitą nasiadówkę z prysznicem, spacer kilkogodzinny lub wypoczynek kilkudniowy w łóżku.

Jak ów chory po konsultacji Molierowskiej z obowiązkową ławatywą i środkiem wymiotnym, chciałby nasz nowoczesny pacjent opuścić gabinet lekarski, objuczony miksturami i proszkami, pigułkami i czopkami z jednej, wodami mineralnymi i kąpielami leczniczymi, krwiopustem i elektryzacją z drugiej strony lub co najmniej przestrzyknięty gruntownie przez żyły płynami, dodajmy, nie zawsze dla krwi samej i naczyń krwionośnych obojętnymi.

Wierzy, niestety, lekarz, że każdy objaw należy traktować w odosobnieniu i leczyć oddzielnie, wierzy też i pacjent jego, że w narządach seksualnych tkwi początek i koniec całej jego choroby. A mógłby wszak lekarz łatwo się dowiedzieć, że istnieją neurastenje lub psychastenje ogólne z głównym siedliskiem, zarówno u mężczyzn jak kobiet, w jednym z narządów wewnętrznych, t. zw. nerwice narządowe; że usadawiają się one

zarówno w gardzieli i krtani, w sercu i płucach, w żołądku i kiszkiach, jak w pęcherzu i narządach płciowych; że nie każdy ból w okolicy jajnika jest zapaleniem jajnika, nie każda sensacja w prąciu stanowi resztkę trypra; że zmazy nocne, nasienieciotok i sterczoctok są częściej zwykłym objawem wagotonicznym lub psychogennym, niż wszechprzyczyną chorób; że nerwicę seksualną nieraz siłą woli się zwalcza lub mityguje; że traci się ją czasem po jednorazowej udanej hipnozie lub po dłuższej psychoanalizie; że mimo przelanych soków żywotnych i mimo przebytej rzeźączki leczy tę nerwicę nieraz radykalnie jeden udany stosunek płciowy z własną młodą żoną lub, co się częściej zdarza, z obcą, nieco starszą żoną, gdzie odpowiedzialność teoretyczna w razie fiaska jest po stronie mężczyzny mniejsza, a doświadczenie praktyczne po stronie kobiety większe.

K) Wspomniałem wyżej mimochodem o roli lekarza doradcy wobec ojca rodziny, obarczonego licznym potomstwem, a unikającego normalnych stosunków płciowych. Wystarcza tu, jak się wielokrotnie przekonałem, nieumiejętne nastraszenie pary małżeńskiej: ciężkim lub chronicznym zdenerwowaniem, osłabieniem pamięci, impotencją następczą, bólami i kołataniem serca itp., aby wywołać sztucznie nerwozę małżeńską, bynajmniej nie od *coitus condomatus, reservatus, interruptus*, lecz od lekarza zależną (*hypochondria matrimonialis*).

A wszak dość pomyśleć, że nie można z lekkim sercem dla zupełnie jeszcze niewiedzonej hipotezy szkodliwości tego rodzaju stosunków narażać niezamożne małżeństwo, z musu holdujące systemowi dwupotemkowemu (*Zweikindersystem*), na stale powiększanie rodziny o nowych członków, których wyżyć się nie ma możliwości, lub też zmuszać kobietę do perjurycznego sztucznego spędzania płodu, płożonego z dużymi kosztami i ryzykiem życia itp.

Dla mnie, jako lekarza i społecznika, niema tu *aut — aut*, niema wcale tragicznego wyboru między Scyllą a Charybdą. Wychodzę w tej sprawie, na polu lekarskiej i na polu społecznej, ze stanowiska zasadniczego, że nie powinien lekarz się znajdować na liście czynników chorobotwórczych, nawet, gdy chodzi o wulgarną a deprymującą nerwozę, o hipochondrję działyrodną małżonków.

L) O wielu innych, rzadszych postaciach hipochondrji nie wspominam, aby zbyt nie rozszerzać ram artykułu. Jednej atoli odmiany, stanowiącej wytwór świeższej daty, nie mogę pominąć milczeniem, jako zbyt częstej.

Mał na myśli swoją a modną w swoim rodzaju *hypochondria rentgenographica*.

My, lekarze, często korzystamy w ostatnich latach z pomocy promieni katodalnych, gdy obraz kliniczny jest niezupełnie jasny, a dajacza nie zupełnie ustalona. Oczywiście, że metoda ta, jako względnie nowa, technicznie nie wszędzie dostatecznie udoskonalona, sztucznie gmatwana przez wprowadzanie pomocnicze ciało obcych kontrastowych (barwników, barytu, lipjodolu, powietrza), nie zawsze jest w stanie dać nam ścisłą odpowiedź zwłaszcza, gdy wchodzi w grę kwestja ewentualnej interwencji chirurgicznej, mianowicie w dziedzinie układu nerwowego środkowego, mózgowodrdzniczego, lub pokarmowego, przelykowo-żołądkowokiszkiowego.

Jest przeto wskazaniem w tych razach, aby odpowiedź, dana przez lekarza lekarzowi, brzmiała z wszelką rezerwą, powagą i oględnością, a już najbardziej lekarz winien się liczyć z interpretacją fotografii wobec pacjenta-laika i profana, podejrzliwie wyprowadzającego z każdego gestu, ruchu, słowa lekarza dziesiątki wniosków niewypowiedzianych lub niedopowiedzianych.

I w tej dziedzinie miałem nieszczęście spotykania się z typem lekarzy wykładowców, zazwyczaj lichych jednocześnie interpretatorów nawet własnych klisz. To też każdemu z nas nie obcy jest chory, który się co tydzień poddaje rentgenografji w innej pracowni, który podsuwa lekarzowi swojemu całą serję radiogramów w kolejnym, chronologicznym porządku, dopatrując się w każdym z nich uchybień od normy: powiększenia gruczołów wnęki płucnej, zwężenia jelit, rozszerzenia łuku aorty, guza kręgosłupa, cienia zatoki czołowej, i licznych innych anomalij, które pierwszy rozpoznal — nb. kategorycznie i jednocześnie błędnie — lekarz popularyzator, z talentem wykładający choremu na fotografii o splaszczeniu siodła tureckiego i zgrubieniu wyrostków ościowych, lekarz w każdym calu zdaniem swoim nieomylny, zdaniem mojem co najmniej nieoględny i absolutnie pewny twórca ciężkiej nieraz hipochondrji. I tu hipochondryk jest więc *un artéfacte de milieu*.

M) Słowo na zakończenie o względnie często i skutecznie hodowane przez lekarza odmianie hipochondrji, która narobiła ostatnio wielkiej wrzawy i zyskała rozgłos dzięki klasycznemu opisowi jej przez wielce utalentowanego powieściopisarza — psychologa Tomasza Manna. Jego Zauberg, głośna w całej Europie powieść, dała pobop niektórym lekarzom do ochrzczenia tego rodzaju hipochondrji nazwą „Zauberbergkrankheit“. Nazwałbym ją raczej hipochondrją nagminną (*Hypochondria endemica*), lub sanatoryjną (*Hypochondria sanatorialis s. nosocomialis*), niż hipochondrją „zaczarowanej góry“.

Szerzy się ona endemicznie głównie w prywatnych sanatorjach i droższych zakładach leczniczych. Lekarze, zarządzający uzdrowiskiem dla chorych — zwłaszcza gruźliczych, sercowych i żołądkowych, — niezależnie od ciężkich djet, ciągłych badań płwociny, kału, moczu, krwi, płynów, codziennej kontroli ciśnienia, wymiarów i radiogramów serca, płuc i kiszek — wytwarzają stały, od życia sanatoryjnego prawie nieodłączny nastrój hipochondryczny wśród pensjonarzy, wprowadzają cōte que cōte przytłaczającą i przygnębiającą atmosferę szpitalną, hodują myśl o chorobie, trzymają ciężej i lżej chorych pod stałą presją i formalnym terrorem choroby.

Nie czuje się, niestety, w tych zakładach, gdzie się ciągle radzi i bada, wywady zbiera i konsultuje, ciepłej i łagodzącej atmosfery odtrutki moralnej, nie tworzy się w nich z zamkniętego w sobie neurastenika udzielającego się towarzystwu causeura, u młodocianych kilkonastoletnich kandydatów do hipochondrji z podgorączką gruczołową nie zamienia się świadomie werandy i leżaka na doraźną szkółkę i bawialnię, nie podsuwa się przygnębiёнemu pacjentowi książki do czytania, kart do gry, powozu lub auta do wycieczek, towarzysza do rozmowy, słowem „man erloest nicht den Patienten von seinem Zauberberg“, jakby się wyraził Manna.

Najgorsza sprawa, że, gdy choroba zasadnicza organiczna się poprawia, cofa lub znika, towarzysząca jej, sztuczna i z wielkim nakładem pracy wyhodowana, hipochondrja pozostaje na długie lata zmorą bylego pacjenta zakładowego, dusząc go i niszcząc lata całe. Ów pogodny i lekki pałac sanatoryjny, ta świątynia zdrowia, świadomie przeistoczyła się w świątynię choroby, w ponury i ciężki gmach szpitalny, gdzie się przeladowuje chorego od pierwszego do ostatniego dnia kuracją, nie dbając ani o racjonalną zasadę ćwiczenia i oszczędzania, ani o zasadę stopniowania w myśl tezy: *der Abbau der Krankenbehandlung ist so wichtig wie ihr Aufbau* (N a u n y n); gdzie się zapomina, iż więcej często znaczy lekarz zakładowy, niż sama miejscowość kuracyjna.

Wszak nie mniejszej wagi znawca duszy ludzkiej, niż Bleuler, autor słynnej książki „Das autistisch — undisziplinierter Denken in der Medizin“ i tępiciel tego kierunku myślowego wśród lekarzy, omawiając przyczyny bezskutecznej walki korporacji lekarskiej z korporacją znachorów, partaczy, pseudolekarzy, wyraźnie podkreśla, że musimy nie tylko to umieć, co nam podają wiedza i nauka, ale i to, co nam zdrowy rozum chłopski dyktuje („Wir sollen das koennen, was uns die Wissenschaft lehrt, und nicht das, was der Kurpfuscher kann“). Nie bez słuszności upatruje on jedno z głównych źródeł rozkwitu partactwa lekarskiego „w braku u nas zdrowej empirji, częściowo somatycznej, przeważnie zaś psychoterapeutycznej, nie dającej się na uniwersytecie wykladać i uczyć, często — króć wrodzonej i dziedzicznej“. Talent lekarski trzeba mieć, jego się ani kupi, ani nie nauczy. *Medicus non fit, sed nascitur*, powiedziałby nowoczesny badacz konstytucjonalizmu.

Nie czekajmy, my medycy, aż nam rzuca w twarz kalumnje w rodzaju tych, jakie zdrowo myślący lekarz Lick nie bez uzasadnienia rzuca współczesnej opiece społecznej, że „jest raczej hodowlą chorych, niż opieką zdrowia“, że stanowi świadomie dobór naturalny w sensie nienaturalnym, ujemnym, hodowlę niezdolności do życia i pracy na niekorzyść żywotności, że „gabinet lekarski nie jest już świątynią, w której nieszczęsny chory szuka ukojenia i zbawienia, lecz giełdą, na której się uprawia interesy handlowe“, mniej zaś hoduje dawne zdobycze rozumu i empirji.

Napisałem tych uwag kilka, nie dotykając świadomie sprawy komercjalizacji w medycynie i aptekarstwie, w szczerem przekonaniu, że wielki czas jest zabrać się do tępienia hipochondrji iatrogenetycznej, do nawracania lekarzy hipochondrotwórczych na lekarzy uzdrawiających, do propagowania dwóch zdrowych myśli medycyny starożytnej: *Dum spiro — spero*, oraz *primum non nocere*, myśli, których z innego stanowiska broniełem kilkakrotnie w tem miejscu¹⁾.

1) H. Higier. Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. Warsz. Czasop. Lekar. Nr. 5 — 7, 1925.

H. Higier. Oszczędne a racjonalne przepisywanie lekarstw. Warsz. Czas. Lekar. Nr. 8 — 9, 1926.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Uwagi w sprawie skoordynowania działalności poradni przeciwgruźliczych.

Podał

Seweryn STERLING (Łódź).

Walka z gruźlicą jest prowadzona w trzech kierunkach: jako walka bezpośrednia: 1) przeciw szerzeniu zarazków; 2) przeciw skutkom zarażenia; jako walka pośrednia: 3) przeciw rozwojowi skłonności do zachorowania na gruźlicę.

Walka pośrednia, nieswoista jest zadaniem całokształtu zarządzeń higieny społecznej i osobniczej, nie wyłączając zarządzeń przeciw chorobom, które zwiększają skłonności do zachorowania na gruźlicę (np. odra; np. opilstwo).

Zagadnienie zwalczania skłonności do zachorowania na gruźlicę nie jest w tej chwili przedmiotem rozważań. Chcę bowiem mówić o części zagadnienia walki swoistej, mianowicie o skoordynowaniu walki z gruźlicą w zakresie działalności t. zw. poradni przeciwgruźliczych.

Walka bezpośrednia, swoista ma za zadanie: a) Zmniejszanie ilości zarazków, które grożą zdrowym i wyleczonym, b) Blokade dróg szerzenia zarazków. c) Zmniejszanie liczby źródeł, skąd zarazki się szerzą: 1) leczenie otwartych źródeł szerzących zarazki; 2) leczenie chorych w celu zapobieżenia powstawaniu źródeł, szerzących zarazki. Leczenie w celu powrócenia społeczeństwu sił wytwórczych.

Walka pośrednia jest stosowana wszędzie; jest bowiem prowadzona w celu podniesienia stanu zdrowia wogóle. Walka bezpośrednia ma być stosowana tylko tam, gdzie w otoczeniu osobnika, stającego się przedmiotem opieki swoistej, stwierdzono niebezpieczeństwo, grożące ze strony laszczników Kocha.

Taki punkt widzenia jest kamieniem węgielnym ekonomiki w walce swoistej z niebezpieczeństwem zarażenia się i zachorowania na gruźlicę; niecią przewodzi takiej walki jest: stwierdzenie, czy badany jest wogóle chory; czy jest chory na gruźlicę, czy komu jego schorzenie już zaszkodziło lub zagraża; jakie środki mogą i jakie mają być zarządzone w celu zapobieżenia, by oddzielny przypadek gruźlicy nie stał się ogniskiem gruźlicy.

To jest jedno z zadań walki z gruźlicą, praktycznie pierwsze.

Od odpowiedzi na wyliczone pytania kardynalne zależy w każdym przypadku plan pomocy, jaką ze strony lub przy pomocy organizacji walki z gruźlicą otrzymać powinien chory i otoczenie, przezeń zagrożone.

Jest to zadanie, które ma sobie powierzona Poradnia przeciwgruźlicza, Dispensaire, Auskunft — und Fürsorgestelle.

I.

Zadanie poradni przeciwgruźliczej jest zadaniem podstawowym; stanowi ono samo w sobie całość, samo w sobie cel.

Dlatego za niepożądane uważam powierzanie

tym instytucjom czynności leczniczych, szczególnie lecznictwa farmaceutycznego.

Paczy to bowiem wykonywanie zadań właściwych, paczy zarówno na wewnątrz, jak i na zewnątrz.

Uważana za lecznicę dla przychodzących chorych, jest poradnia przeciwgruźlicza ceniona i sądzona przede wszystkim z punktu widzenia tej doraźnej pomocy, jaką daje cierpiącemu. Jej cel właściwy będzie wtedy stawiany w drugim rzędzie.

Wiem z własnego prawie dwudziestoletniego doświadczenia, że ludność rozumie i właściwie ocenia, skwapliwie korzystając z niej, poradnię, jakkolwiek ta nie przepisuje leków, ani ich nie wydaje.

Z przykładu Łodzi wiem, co za wielką wartość propagandową ma istnienie podobnej instytucji, poświęconej wyłącznie zapobieganiu i rozpoznawaniu. Jeżeli wśród zadań walki z gruźlicą istnieje propaganda wiadomości o roli zapobiegania i wczesnego rozpoznawania — to o wartości tych czynników nie tak głośno nie krzyczy, jak istnienie przychodni w sensie klasycznym.

Chory rozumie, że on i jego (dotąd zdrowe — rzeczywistość lub pozornie) otoczenie mogą tu otrzymać pomoc szerszą, aniżeli doraźne uspokojenie jego dolegliwości.

Lecznictwo paczy też i od wewnątrz działalność przychodni przeciwgruźliczej. Zamierzanie się chorym przenosi — z konieczności — lekarz na poradę terapeutyczną, na rady i przepisy, dotyczące się terapii. Nie jest wtedy tym, kim być powinien lekarz poradni: lekarzem epidemicznym w zakresie endemji gruźlicy.

Przedmiotem opieki ze strony poradni nie jest chory na gruźlicę; jest nim ognisko gruźlicze, którego on jest ośrodkiem.

Wszelkie poradnie przeciwgruźlicze, czy utrzymywane przez państwo, miasto czy zrzeszenia filantropijne, powinny być materialnie popierane przez kasy chorych

Przekazywanie przez kasy lżej chorych — poradniom, nie stanowi skoordynowania wysiłków walki z gruźlicą, ponieważ, jak widzimy, zmusza te instytucje do wkroczenia na tory niezgodne z ich właściwym przeznaczeniem; ten warunek stanowił jednak obecnie o zapomiedze dawanej poradni.

Kasy chorych, jeśli chcą wziąć udział w walce zapobiegawczej społeczeństwa z gruźlicą, nie mogą ograniczać tej walki do przychodni własnych, mojemu zdaniem, wogóle niecelowych, o czym dalej.

W pięknej i wyczerpującej książce kolegów Paradistala i Popowskiego *) zagadnienie lecznictwa w poradniach parokrotnie jest poruszone.

W odsyłaczu do pierwszej strony Wstępu słowa tekstu: „Leczenie gruźlicy odgrywa tu rolę niewielką“ mają komentarz tej treści: „Takie było stanowisko teoretyczne prof. Calmette'a, twórcy poradni przeciwgruźliczej we Francji“.

Zdaje mi się, że wyraz „było“ i wyraz „teoretyczne“ wymagają udowodnienia.

Jako punkt siódmy, ostatni, wyliczenia warunków, jakim ma odpowiadać poradnia, — czytamy, że ma ona stanowić: „Ośrodek leczenia (w pewnej ilości wypadków i w sposób ograniczony“ *).

*) S. Paradistal i T. Popowski. Poradnia przeciwgruźlicza. Przedmowa T. Janiszewskiego. 1927.

Jako źródło cytaty, podaną jest praca K ü s s a. Otóż w pracy innego autorytetu, B e r n a r d a (La tuberculose pulmonaire. Etude de pathologie clinique et sociale), cytowanej w innym miejscu książki w rozdziale, poświęconym przychodniom, ten autor ani słowa nie mówi o działalności bezpośrednio terapeutycznej przychodni.

Jesteśmy w chwili budowania planu pod szeroko zakreśloną akcją przeciwgruźliczą. Czyż te dwa urywki z książki P a r a d i s t a l a i P o p o w s k i e g o, szeroko i szczegółowo traktującej wszelkie postaci organizacji walki z gruźlicą, miałyby stać się wytyczną przy określaniu roli i zakresu czynności przychodni w Polsce?

Trzeci ustęp (str. 30, u dołu) jest najmniej przekonujący: „Aczkolwiek istnieją jeszcze zapatrywania, zgodne z zapatrywaniami twórców poradni, że działalność poradni powinna być czysto zapobiegawcza i oświadczenia, to jednak zaczyna przeważać zdanie, że bez leczenia poradnia nie może wypełnić swego zadania. Ważne to jest szczególnie u nas, gdzie mamy tak dotkliwy brak łóżek szpitalnych i sanatoryjnych; zresztą, znaczna liczba wypadków gruźlicy daje się leczyć ambulatoryjnie, ale nawet na to leczenie większość pacjentów poradni środków nie posiada“.

Nie przekonują, zdaje mi się, ten ustęp; po pierwsze dlatego, że np. we Francji większość poradni należy do typu nieleczących, a w Niemczech, gdzie jest ich półtora tysiąca, żadna nie wydaje leków; a jednak i tu i tam poradnie wypełniają swoje zadania. Po wtóre, brak łóżek szpitalnych i sanatoryjnych nie będzie zastąpiony przez leki, wydawane w poradniach. Po trzecie, wreszcie, i najważniejsze: właśnie obecnie w Polsce ci, którzy nie mieli środków na leki, otrzymują je: jako ubezpieczeni od Kasy Ch., a jako ubodzy — w ambulatoriach szpitalnych lub specjalnych, utrzymywanych przez wydziały opieki społecznej samorządowe. Naturalnie, że gdzie takich nie ma, np. w małych osiedlach, tam można łączyć ambulatorjum z poradnią; nie będzie to poradnia lecząca, tylko ambulatorjum, które przejęło na siebie czynności ośrodka walki społecznej z gruźlicą.

Wszystkie argumenty, przytoczone w książce „Poradnia przeciwgruźlicza“ za koniecznością lecznictwa, cechuje pewna ogólna powściągliwość: dwa są umieszczone nie w tekście, tylko w odsyłaczach: trzeci — stanowią dwa wiersze tekstu, sformułowane z zastrzeżeniami „w pewnej ilości wypadków w sposób ograniczony“.

Tem dziwniejszy jest wniosek brzmiący (st. 12), że poradnia powinna zapisywać, wzgl. rozdawać leki najpotrzebniejsze.

II.

Czy kasy chorych, podejmując walkę zapobiegawczą — leczniczą już prowadzą — z gruźlicą, mają zakładać własne poradnie przeciwgruźlicze dla ubezpieczonych?

Myślę, że nie.

Przedmiotem opieki poradni przeciwgruźliczej ma być nie sam chory, tylko „ognisko gruźlicze“ — jego dom, jego izba, ogół mieszkańców tej izby.

Do przychodni melduje swoje skargi chory; wraz ze stwierdzeniem choroby melduje on — pośrednio — o istnieniu „ogniska“, które już mechanicznie staje się przedmiotem opieki ze strony poradni.

To jest właśnie tem *novum*, wprowadzonym przez C a l m e t t e a, P h i l i p a, M a l v o z a.

I chory i jego otoczenie i jego izba stają się stałymi pupilami przychodni: współmałżonek chorego, dzieci, ojciec czy matka, sublokatorzy, krewni, niekrewni — współmieszkańcy.

Otóż Kasa Chorych przez przychodnię swoją, przez siebie opłacaną, najczęściej nie może objąć całej ludności danej izby i sprawdzać stanu zdrowia całego oto-

czenia pacjenta; czuwać nad całym ogniskiem gruźlicy; tak jest już w chwili zameldowania. A cóż dopiero po pewnym czasie, kiedy wraz z utratą prawa do zasiłków, do świadczeń — odpada obowiązek pomocy dla rodziny, a po czasie — i dla samego chorego.

Taki stan rzeczy wyłącza racjonalność tworzenia własnych, Kasy Chorych, przychodni.

Niemcy przejęli od Francuzów system walki z gruźlicą, oparty o poradnie — w czasie, kiedy już od lat wielu utrzymywali Kasy chorych, a jednak tym orężem nie posługują się ani jedna kasa; ani jedna niema własnej przychodni.

Kasy chorych mogą wziąć udział (i powinny) w walce zapobiegawczej przeciw gruźlicy, w postaci materialnego wydatnego wspomaganie istniejących (i mających powstać) przychodni: państwowych, samorządowych, społecznych.

Nie kasa chorych będzie wówczas przekazywała swych chorych przychodniom, by się nimi i ich „ogniskami“ zajęły, lecząc ich jednocześnie. Przeciwnie. Poradnie pełnią swą rolę w stosunku do wszystkich mieszkańców („Poradnia jest dostępna dla każdego“, „Poradnia nie może i nie powinna udzielać pojedynczych informacji“). P a r a d i s t a l i P o p o w s k i).

Z chwilą rozpoznania, opiewającego, że mamy do czynienia z osobnikiem chorym na gruźlicę, poradnia odsyła chorego do Kasy Ch., a sama zajmuje się „ogniskiem gruźlicy“, wykrytem przez zjawienie się i zbadanie chorego. Ujawniwszy — z kolei — chorego i wśród otoczenia, jeśli chory ma prawo do świadczeń ze strony Kasy — i tego kieruje do ambulatorjum Kasy. Ta go leczy ambulatoryjnie, w szpitalach, sanatorjum, kierując się zasadami, jakie sobie dana kasa ułożyła.

A zatem: poradnia wskaże na chorego lub mocno podejrzanego o chorobę (gruźlicę mniej lub więcej czynną); odpowiednie organy lekarskie Kasy obejmą opiekę leczniczą nad chorym — a poradnia spełni swoje zadanie względem ujawnionego „ogniska“, zapobiegając szerzeniu się gruźlicy i wyszukując „w ognisku“ chorych na gruźlicę.

O stosunku instytucji ubezpieczeń społecznych do organizacji poradni przeciwgruźliczych w Niemczech daje pewne pojęcie następujący okólnik, wydany (w dniu 23.X 1926) przez magistrat m. Berlina:

„Ustalono w porozumieniu z berlińskimi związkami kas chorych, że mają one zawiadamiać odpowiednie (terytorjalnie) poradnie przeciwgruźlicze.

Nie należy tego uważać za zadośćuczynienie prawu o meldowaniu w myśl prawa z dn 4 sierpnia 1923 o zwalczaniu gruźlicy; należy zawiadamiać poradnię również o przypadkach niezaraźliwych“.

Dalej jest mowa o podjęciu czynności opieki nad otoczeniem chorego (Fürsorgemassnahmen), przestrzegając przeciw nieogłędnemu stosowaniu środków przymusowych, które są dopuszczalne jedynie w przypadkach, podlegających prawu z dnia 4 sierpnia roku 1923-go.

Wiadomości bieżące.

Z początkiem drugiego kwartału roku bieżącego „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ ulegnie przekształceniu na tygodnik. W ten sposób wykonane zostanie zobowiązanie, dane w naszej odezwie (od administracji) z dnia 31 stycznia 1924 r.

— Z dniem dzisiejszym prowadzenie dwóch działów w „Warsz. Czas. Lek.“ przechodzi w ręce pomocników redaktora naczelnego — kolegów Mieczysława GANTZA i Marcina KACPRZAKA. Pierwszy obejmuje dział sprawozdawczy, drugi — Medycynę Społeczną.

PROJEKT ROZPORZĄDZENIA
Prezydenta Rzeczypospolitej o położnych.

Na zasadzie art. 44 ust. 6 Konstytucji i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 443) postanawiam, co następuje:

I. Praktyka położnicza.

Art. 1.

Frawo wykonania czynności położnych przysługuje osobom, które:

- a) posiadają obywatelstwo Państwa Polskiego,
- b) ukończyły z wynikiem pomyślnym polską państwową szkołę położnych względnie równorzędną, lub
- c) zostały zarejestrowane, jako położne, przez władze administracyjne przed wejściem w życie niniejszego rozporządzenia na zasadzie i w granicach przepisów uprzednio obowiązującego ustawodawstwa.

Art. 2.

Minister Spraw Wewnętrznych może przyznać prawo wykonywania czynności położnych w Państwie Polskim na określony przeciąg czasu osobom, które nie posiadają obywatelstwa polskiego, z zastrzeżeniem jednak prawa wzajemności.

Art. 3.

Wykonywanie czynności położnych obejmuje:

1. poradę i pomoc w ciąży,
2. pomoc przy porodzie,
3. poradę i opiekę w położu,
4. pomoc w nagłych przypadkach w ciąży i porodzie,
5. opiekę nad noworodkiem i poradę w pielęgnowaniu i karmieniu dziecka.

W wykonaniu czynności położne stosować się winny do przepisów instrukcji dla położnych, która zostanie ogłoszona rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 4.

Osobom, uprawnionym do wykonywania czynności położnych w myśl art. 1 i 2 niniejszego rozporządzenia, przysługuje wyłączne prawo używania tytułu „położna“.

Art. 5.

Przed rozpoczęciem wykonywania czynności położne, posiadające warunki, określone w art. 1 i 2 niniejszego rozporządzenia, obowiązane są zarejestrować się u powiatowej władzy administracji ogólnej, składając dowody uprawnień.

O miejscu zamieszkania, zmianie adresu względnie zaniechaniu wykonywania czynności, położne obowiązane są każdorazowo zawiadomić pisemnie powiatową władzę administracji ogólnej.

II. Szkoły położnych.

Art. 6.

Nauka położnictwa dla położnych odbywa się w państwowych szkołach położnych, zakładanych przy szpitalach publicznych, względnie w szkołach równorzędnych. Za równorzędne w myśl 1 i niniejszego artykułu uważać należy szkoły, zakładane na podstawie zezwolenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 7.

Warunki, którym odpowiadać winny kandydatki, wstępujące do szkół położnych, są następujące:

1. ukończenie najmniej szkoły powszechnej,
2. ukończony 18-ty rok i nieprzekroczony 35-ty rok życia,
3. uzdolnienie fizyczne i umysłowe,
4. nienaganne prowadzenie się.

Art. 8.

Okres nauczania w szkołach położnych trwa 1 rok. Program nauczania, statut i regulamin szkoły oraz instrukcje dla personelu szkoły wydane zostaną w drodze rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 9.

Szkoły położnych obowiązane są do utrzymywania internatów przy szkołach dla uczenia. Zamieszkiwanie uczenie poza internatem jest wzbronione.

Postanowienia niniejszego artykułu obowiązujące będą od chwili wydania rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych, które określi szczegółowe przepisy co do prowadzenia i koniecznego zaopatrzenia internatów.

Art. 10.

Pozwolenia na otwarcie i prowadzenie szkół położnych udziela Minister Spraw Wewnętrznych.

Art. 11.

Minister Spraw Wewnętrznych może udzielić pozwolenia na otwarcie i prowadzenie szkół położnych jedynie w tych wypadkach, o ile te szkoły położnych zakładane będą przy szpitalach i zakładach położniczych, odpowiadających potrzebom nauczania i rozporządzających liczbą najmniej 40 łóżek położniczych.

Art. 12.

Osoby, prowadzące w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia szkoły położnych, są obowiązane, celem dalszego ich prowadzenia, wyjednać przewidziane art. 10 pozwolenie nie później, jak w ciągu 6-ciu miesięcy od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Art. 13.

Zakładanie nowych szkół położnych jest obowiązkiem wojewódzkich związków samorządowych. Do chwili utworzenia wojewódzkich związków samorządowych obowiązek ten ciąży na powiatowych związkach samorządowych, zjednoczonych w związki celowe.

III. Przeszkolenie położnych.

Art. 14.

Każda położna w okresach pięcioletnich od dnia ukończenia szkoły położnych obowiązana jest do przesłuchania uzupełniającego kursu przeszkolenia.

Art. 15.

Kurs przeszkolenia trwa najdłużej cztery tygodnie i odbywać się winien przy szkołach położnych. Program przeszkolenia ustali rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

Art. 16.

W wypadkach stwierdzenia niedostatecznej znajomości zawodu powiatowa władza administracji ogólnej może zobowiązać położną do przesłuchania uzupełniającego kursu przeszkolenia w terminie wczesniejszym pod rygorem wzbronienia wykonywania czynności położnych.

Art. 17.

Wojewódzka władza administracji ogólnej może w wypadkach wyjątkowych, na wniosek lekarza powiatowego, zwolnić położną z obowiązku przesłuchania uzupełniającego kursu przeszkolenia, przewidzianego art. 14 niniejszego rozporządzenia.

IV. . . Postanowienia ogólne, karne i końcowe.

Art. 18.

Nadzór i kontrola nad wykonywaniem czynności położnych i szkoleniem położnych należy, o ile rozporządzenie niniejsze inaczej nie stanowi, do powiatowych władz administracji ogólnej.

Art. 19.

Winni naruszenia przepisów niniejszego rozporządzenia oraz rozporządzeń lub zarządzeń, wydanych na jego podstawie, o ile dany czyn nie ulega karze surowszej, będą karani aresztem do 6-ciu tygodni i grzywną do 500 zł. lub jedną z tych kar.

W razie niemożności ściągnięcia grzywny władza orzekająca oznaczy w orzeczeniu karę zastępczego aresztu według swego uznania, jednak nie ponad 2 tygodnie.

Wojewódzka władza administracji ogólnej może osoby, ukarane dwukrotnie, na podstawie niniejszego artykułu pozbawić prawa wykonywania czynności położnych na czas od miesięcy sześciu do lat trzech.

Do orzekania powołane są powiatowe władze administracji ogólnej. Przeciwko orzeczeniu powiatowej władzy administracji ogólnej można w ciągu siedmiu dni od dnia doręczenia orzeczenia wnieść na ręce tejże władzy żądanie przekazania sprawy właściwemu sądowi powiatowemu (pokoju), który postąpi według przepisów, obowiązujących w I instancji sądowej.

Wyrok Sądu Okręgowego, wydany w II instancji, jest prawomocny.

Na obszarze województw: poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiej części województwa śląskiego stosuje się przepisy o wydawaniu policyjnych mandatów karnych.

Art. 20.

Wykonanie niniejszego rozporządzenia porucza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych.

Art. 21.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Państwa Polskiego z wyjątkiem województwa śląskiego. Na obszarze województwa śląskiego rozporządzenie wchodzi w życie z chwilą ogłoszenia na nie zgody Sejmu Śląskiego.

Jednocześnie z wejściem w życie niniejszego rozporządzenia traci moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy, normujące wykonywanie czynności i szkolenie położnych.

— Od dnia 11.XII do dnia 17.XII 1927 r. zarejestrowano w Polsce: Ospy przyp. 0 (zg. 1), duru brzuszno 358 (zg. 57), duru osutkowego 25 (zg. 4), czerwoni 5 (zg. 3), plonicy 875 (zg. 93), błonicy 229 (zg. 19), zap. opon móz. 4 (zg. 3), odry 1299 (zg. 32), róży 103 (zg. 3), krztuśca 372 (zg. 20), posoczn. potog. 32 (zg. 9), jaglicy 216 (zg. 0), zatr. kielb. 1 (zg. 0), Heine-Medina 2 (zg. 0), inn. chor. zak. 217 (zg. 40).

— Od dn. 18.XII do dn. 24.XII 1927 r. zarejestrowano w Polsce: Ospy przyp. 5 (zg. 0), duru brzuszno 246 (zg. 27), dur. rzekom. 6 (zg. 0), dur. osutk. 26 (zg. 1), dur. powrotn. 2 (zg. 1), czerwoni 9 (zg. 1), plonicy 687 (zg. 37), błonicy 199 (zg. 20), zap. opon móz. 5 (zg. 5), odry 862 (zg. 18), róży 72 (zg. 5), krztuśca 223 (zg. 11), malarji 1 (zg. 0), posoczn. pol. 19 (zg. 10), jaglicy 158 (zg. 0), zatr. kielb. 2 (zg. 0), Heine-Medina 1 (zg. 1), inn. chor. zak. 139 (zg. 44).

— *Odezwa Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie wyborów do Sejmu i Senatu.*

Zbliża się chwila wyborów do Sejmu i Senatu. Naród ma się wypowiedzieć, kogo pragnąłby mieć w tych instytucjach ustawodawczych, nie tylko więc każdy obywatel powinien się zastanowić, jak i na kogo ma głosować, ale i stany powinny tu zająć stanowisko, aby powołani do Sejmu i Senatu byli tacy prawodawcy, którzyby dobro Ojczyzny i Narodu mieli przedewszystkiem na widoku, aby prawa, które stanowiąc będą, obejmowały należycie interesy różnych dziedzin życia, aby, w związku z tem, Sejm i Senat w swem gronie posiadał dzielnych obywateli fachowców.

Niewątpliwie do najważniejszych dziedzin zaliczyć należy troskę o zdrowie narodu, od zdrowia jego bowiem zależy byt, potęga i rozwój Państwa.

Nie możemy tu się rozwódzić nad powagę tej sprawy z jednej strony i nad tem, czy dotąd te zadania były szczęśliwie rozwiązywane przez Sejm i Rząd, to jedno możemy podkreślić, że dotąd sprawy zdrowia publicznego i tak silnie z nim związane sprawy stanu lekarskiego nie były dostatecznie uwzględniane w naszych ciablach ustawodawczych.

Wobec tego Naczelna Izba Lekarska czuje się powołaną i zobowiązaną zabrać głos w sprawie wyborów, jako główna przedstawicielka stanu lekarskiego, jako organ, który wspólnie z Izdami Lekarskimi terytorjalnymi, jest powołany nie tylko do uporządkowania spraw, dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, ale zarazem ma powierzoną troskę o zdrowie publiczne, opartą na współdziałaniu z rządem i samorządami. Stan Lekarski dążyć powinien bowiem do tego, aby był w Sejmie i Senacie dostatecznie i godnie reprezentowany, aby z należytą powagą, znajomością rzeczy i dostojenstwem obywatelskim obejmował na terenie Izby Ustawodawczych interesy zdrowia publicznego i interesy stanu lekarskiego.

W imię powyższego Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zwraca się do ogółu Lekarzy z gorącym wezwaniem, aby swoimi wpływami dołożyli starań i dążyli wytrwale do tego, aby na listach wyborczych znaleźli się przedstawiciele stanu lekarskiego godni tych zadań.

— Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego urządza w czasie od 20 do 30 marca 1928 r. kursy dokształcające dla lekarzy, na których słuchaczom będą przedstawione najnowsze zdobycze w dziedzinie metodyki badań chorych oraz ich leczenia; prócz tego, jednocześnie z wykładami w godzinach porannych będą się odbywać praktyczne zajęcia w klinikach.

Ostatni termin zgłaszania się na kursy — 5/III.

Zapytania informacyjne należy kierować na ręce adjunkta II

Kliniki Wewn. d-ra Henryka Za w s t o w s k i e g o, Warszawa, ul. Nowogrodzka 59.

Szczegółowy program kursu podamy niebawem.

— Na wydziale humanistycznym Uniwersytetu Warszawskiego utworzono lektorat higieny szkolnej. Wykłady powierzono kol. Marcinowi K a e p r z a k o w i.

— *Zakończenie kursu inżynierji sanitarnej w Państwowej Szkole Higijny.*

W dniu 20 grudnia ub. r. odbyła się w Państwowej Szkole Higijny (ul. Chocimska 24) uroczystość zamknięcia drugiego kursu inżynierji sanitarnej przy udziale przedstawicieli Ministerstw, wyższych uczelni i instytucji naukowo-społecznych, które poparły akcję Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w kierunku podniesienia poziomu uświadczenia sanitarnego wśród inżynierów.

Zebrań przewodniczył Dyrektor Szkoły, b. Minister Zdrowia publicznego, Dr. W. Chodźko. Przemawiali: Dr. E. Piestrzyński — Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych, Inż. Z. Rudolf — Kierownik Kursów, Major Dr. Skudro — jako przedstawiciel Departamentu Sanitarnego Min. Spraw Wojsk., Inż. Paprocki — jako przedstawiciel Ministerstwa Robót Publicznych, Inż. Tyszcza (b. minister Kolei) imieniem Magistratu m. St. Warszawy, Inż. Piekarski, Dyrektor Polskiego Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego, Dr. Le Brun, imieniem Zrzeszenia Samorządów Powiatowych, Dr. W. Chodźko oraz przedstawiciele słuchaczy kursu, inżynierowie: Kartasiński i Lenczowski.

Odczytano również pismo Profesora Ignacego Radziszewskiego, który w imieniu Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Politechniki Warszawskiej złożył życzenia, aby uciążliwa i mozolna praca, którą słuchacze w ciągu kilku tygodni odbyli, była dla nich zachętą do dalszej pracy nad sobą w obranych kierunkach.

Wszyscy mówcy podkreślali wielkie znaczenie prowadzenia podobnych kursów, wykazując ścisłą łączność pomiędzy pracą lekarza i inżyniera w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego. Przedstawiciele słuchaczy wyrazili swą szczerą wdzięczność za zorganizowanie kursów, które mogą odegrać poważną rolę w kierunku podniesienia stanu sanitarnego Polski.

Wymieniony kurs rozpoczął się 15 listopada 1927 r. i trwał 5 tygodni. W kursie wzięło udział 22 inżynierów, w tem 10 z Warszawy, 7 z większych miast i 5 z mniejszych miast. Inżynierów powiatowych było 9, samorządowych 8, prywatnych 5. Egzamin ogólny zdawało 16 słuchaczy, zdało 14.

— W Siedzibio Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23, godz. 20 $\frac{1}{2}$) odbędą się w styczniu r. b. dwa odczyty wraz z dyskusją.

.. 13 Stycznia. Piątek: Prof. K. S t o l y h w o. Typy konstytucyjne i typy rasowe.

.. 27 Stycznia. Piątek: Prof. A. M a k o w s k i. Użyteczna źródła energii i ich przyszłość (ze szczególnem uwzględnieniem polskich).

Wstęp wolny dla wprowadzonych gości.

SPROSTOWANIE.

— W Nr. Nr. 19 i 21 „Warsz. Czas. Lek.“ z r. ubiegłego wydrukowane zostały rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej: a zwalczaniu gruźlicy oraz o chowaniu zmarłych i stwierdzeniu przyczyn zgonu. W obu razach powinno być: projekt rozporządzenia.

TREŚĆ: E. HERMAN. Zagadnienie snu w świetle fizjologii i patologji. — H. STRAUSS. Spostrzeżenia kliniczne nad rozszerzeniem przełyku na tle kurczu wpuści. — L. BARANOWSKI. Dwa przypadki gruźliczego zakażenia noworodków podczas obrzezania. — J. TYPOGRAF. O hormonie jajnikowym. (str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — S. CYTRONBERG. O wynikach leczenia przewlekłego wrzodu trawiennego przy pomocy metody, złożonej z naswietlań promieniami Roentgena, płukań żołądka, alkalizacji, atropinizacji i t. d. — H. HIGIER. Lekarz a lecnicstwo. — S. STERLING. Uwagi w sprawie skoordynowania działalności przychodni przeciwgruźliczych.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: E. HERMAN. Le problème du sommeil au point de vue physiologique et pathologique. — H. STRAUSS. Observations cliniques concernant la dilatation de l'oesophage par suite du spasme du pylore. — L. BARANOWSKI. — Deux cas d'infection tuberculeuse causée par la circoncision. — J. TYPOGRAF. Le hormone ovarien. — S. CYTRONBERG. La thérapie de l'ulcère intestinal chronique à l'aide de roentgene, de lavement de l'estomac, de l'alcalisation, atropinisation etc. — H. HIGIER. Le médecin et la médecine. — S. STERLING. Remarques concernant la coordination des ambulatoires antituberculeux.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukarnia „WSPÓLCZESNA“ w Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95.

